



XLIX Legislatura

DEPARTAMENTO
PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1271 de 2023

Carpetas Nos. 2359 de 2022 y 2549 de 2022	Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

---

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Normas

ASOCIACIÓN DE TRASPLANTADOS DEL URUGUAY (ATUR)

CÁMARA URUGUAYA DE AMBULANCIAS SIN ASISTENCIA (CUASA)

CÁMARA DE EMERGENCIAS MÉDICAS MÓVILES

DR. ROBERTO INTROINI CARABELLI

Se designa al Centro Auxiliar de Salud de Lascano

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 15 de marzo de 2023

(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Cristina Lústemberg.

Miembros: Señoras Representantes Lucía Etcheverry Lima, Nibia Reisch y señor Representante Milton Corbo.

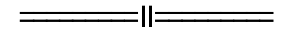
Invitados: Señor Representante Gonzalo Mujica.
Por la Asociación de Trasplantados del Uruguay (ATUR), doctor Alejandro Ferreiro, profesor agregado de Nefrología; doctor Pablo Ríos, nefrólogo, Programa de Salud Renal; doctora Adriana Dominzain, Presidente de la Sociedad de Diabetología; señora Miriam Tritten, Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Enfermería Nefrológica (SUEN); señora Aldana Marrero, Presidenta de la Asociación de Pacientes Trasplantados y en Diálisis y señor José Santiago, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Nefrología.

Por la Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia (CUASA), señora Jenny Caraballo, Presidenta; señores Emiliano Russomando, Jonhatan Franco, asesor; José Morales, Francisco Pignau y Oscar Cardona.

Por la Cámara de Emergencias Médicas Móviles, doctores Guillermo Vázquez, Presidente; Escipión Prosper y contador Sergio Pérez.

Secretario: Señor Héctor Amegeiras.

Prosecretaria: Señora Margarita Garcés.



SEÑORA PRESIDENTA(Cristina Lustemberg).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Se da cuenta de los asuntos entrados:

(Se lee:)

"**NOTA**

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Remite contestación al Oficio N° 56 remitido por la Comisión, sobre cuotificación en la realización de citologías vaginales. (Asunto N° 158177)".

——La Comisión recibirá a varias delegaciones, pero le dimos prioridad al señor diputado Gonzalo Mujica a fin de que presente el proyecto de ley sobre Prevención del Suicidio.

En la reunión anterior los integrantes y delegados de sector hablamos sobre la iniciativa; existen propuestas de diferentes ámbitos y de otros diputados de nuestra bancada para trabajar en este tema. En esta Comisión hemos recibido a integrantes del sector académico -destaco siempre mi rol anterior-, al equipo de la Universidad de la República que se ha dedicado a estudiar todo lo referente a la contención y prevención de la conducta suicida -además tiene varias publicaciones respecto al tema-, a equipos del área de salud mental y diferentes organizaciones de la sociedad civil vinculadas con el tema.

Esta presentación que nos hará el señor diputado nos ayuda a que quizás después, y si usted está de acuerdo, logremos armar un grupo de trabajo, porque es un tema de mucha relevancia para la salud pública del país entendida además por todas las determinantes sociales que lo acompañan.

SEÑOR REPRESENTANTE MUJICA (Gonzalo).- Gracias, señora presidenta.

Agradezco a la Comisión por haberme recibido para presentar esta iniciativa.

Fue básicamente las inquietudes de diferentes sectores que llegaron al despacho lo que motivó la elaboración de este proyecto de ley. Empezamos a notar que había mucha angustia.

Con motivo de la pandemia yo me había acercado mucho a trabajar en algunos ámbitos sindicales e inmediatamente este tema apareció, en particular porque en la Policía hay una prevalencia de intento de suicidio mayor a la media nacional, que ya es altísima. Esta cuestión angustia muchísimo a los policías porque son todos compañeros y ven que dos por tres aparecen incidentes de este tipo. Más allá de que obviamente, como todos los intentos de autoeliminación, la mayoría no logran acabar con la vida, sí generan todo un traumatismo entre familia, compañeros, amigos, etcétera.

En función de eso fue que decidimos hacer algo y presentamos este proyecto que básicamente intenta o parte de la base de que el suicidio se puede prevenir, y que además de la prevención se puede trabajar en la posvención, en el caso de intento y aun en los casos de suicidios efectivamente realizados, porque queda una familia dolorida, un entorno que debe ser atendido.

El proyecto intenta definir algunos términos como intento de suicidio, la posvención para estas situaciones. Sin ir exhaustivamente a su descripción, establece ciertas obligaciones que ya están previstas, pero nosotros acentuamos la responsabilidad o establecemos expresamente en términos legales que la persona que intenta suicidarse

tiene derecho a ser atendida y con responsabilidad por el primer prestador que sea llamado a responder y que es absolutamente gratuita.

Asimismo, establece algunas modificaciones en los protocolos existentes como por ejemplo determinar la gratuidad inicial para niños y adolescentes con intentos de autoeliminación. El artículo 18 establece que la asistencia será gratuita hasta doce sesiones anuales y que el facultativo responsable pueda ampliarla por otras doce sesiones.

El artículo 19 establece la gratuidad por tres meses para el autor de un intento de autoeliminación -naturalmente, el hecho debe quedar registrado- quedando exonerado del pago de tiques o costos de medicación por los tres meses siguientes al intento. Se establece esto como forma de dar un instrumento más concreto, más material y porque además, según se ha visto, gran parte de los problemas se daban justamente por lo costoso de las atenciones, porque las mutualistas naturalmente cobran.

La intención es empezar a dar una señal legislativa: esto nos preocupa a todos, queremos hacer algo además de las políticas públicas que ya se han aplicado. Estos temas fueron abordados anteriormente, existe una estrategia, un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que en algún momento se llevó a cabo. De ese Plan surgieron luego protocolos que el Ministerio de Salud Pública elaboró y puso en práctica como recomendaciones del Plan y que se efectuaron.

En fin, todo eso se ha hecho; el país no ha estado omiso en atender el tema. Pero, ¿cuál es el problema? Que con todo lo que hemos hecho las tasas de intentos de autoeliminación siguen siendo muy altas y en algunos casos han crecido. Hay algún dato. Yo por lo menos no pude acceder a información pospandemia respecto a esta situación, pero sí leí algunos artículos de especialistas que tienen la percepción de que la cifra creció, lo cual no sería nada extraño.

La situación en términos políticos es que tenemos un problema de salud. Ante ese problema se ha actuado, se han hecho cosas, pero los resultados vienen indicando que no ha sido suficiente, que tenemos que hacer algo más.

El proyecto intenta poner el puntapié en pensar qué otras cosas podemos agregar a las políticas ya elaboradas para ver si podemos incidir para que este flagelo no crezca y si es posible, descienda.

Como ya les he expresado personalmente a varios de ustedes, la idea con este proyecto es generar movimiento, luego el proyecto tomará el formato que considere la Comisión y si se va a armar un grupo de trabajo, tengo a quien puede representarme en ese grupo, porque por su conocimiento puede participar con mucha más riqueza que yo.

Finalmente, el problema no es quién firma el proyecto; la idea es aprobarlo. En general, hay ciertas políticas -ustedes saben que trabajo en otra área, en la económica-, por ejemplo relacionadas con la salud, con la atención a la primera infancia en las que más homogéneo sea el respaldo, es mejor. Si un proyecto de salud puede salir con unanimidades, siempre es preferible a que salga como política de un partido de gobierno. Si podemos acercarnos a eso sería mucho mejor, y yo lo vería como mucho mejor que si fuera de otra manera.

Entonces, la intención era presentar esta propuesta y estamos a las órdenes para lo que quieran preguntar.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- Más que preguntar, quiero hacer algún comentario.

Ni qué hablar -coincidimos absolutamente, es indiscutible- de la problemática que tiene el país frente al suicidio, con tasas realmente alarmantes comparadas a nivel del mundo.

Ni qué hablar también, como decía el diputado, lo que implica para algunos sectores de la sociedad como ocurre con la Policía, sector en el que las tasas prácticamente se duplican.

Y justamente en mi departamento, prácticamente desde que existen registros que por lo menos yo conozca, lamentablemente hemos estado en los primeros niveles y dentro del departamento, alguna ciudad como Castillos también está muy por encima de la media nacional.

Así que conocemos el problema. Entendemos que es una realidad que hay que enfocar con esta característica que creo tiene este proyecto, y que más allá de que existen estrategias del Ministerio de Salud Pública, de que se ha trabajado en esta cuestión y de que hay un montón de directivas en este sentido, en primer lugar, coincido en que no ha habido resultados tangibles.

En segundo término, lo que tal vez se necesita es una ley que coordine, que centralice, que de alguna forma sistematice las políticas que existen y las que tendría que haber en esta materia.

Creo que es un buen proyecto; tendremos que analizar más en detalle algunas cuestiones. Hay algunas innovaciones que existen pero a las que no se les da una gran importancia, por ejemplo la posvención, sobre todo para los casos que logró la autoeliminación.

Hoy, las mutualistas de alguna manera, pobremente dan algún apoyo a la familia o a quienes intentaron autoeliminarse, pero en otros casos no existe esa prevención.

Por otro lado, como médico sabemos que hay casos que se repiten a nivel familiar, por decirlo de alguna manera, hay familias suicidas.

Otra cuestión importante de este proyecto es la gratuidad para algunas cuestiones, porque la barrera económica muchas veces limita tanto la prevención como la atención, sobre todo familiar. En este sentido, este proyecto trae una innovación muy importante, que hay que verla, cómo todo esto incide en la economía de la salud y en los prestadores, pero es una buena idea.

En definitiva, nos parece un buen proyecto. Hay que estudiarlo mejor, de pronto consultar con el Ministerio de Salud Pública y algunas instituciones para darle a este proyecto la mejor forma.

Básicamente, estamos totalmente de acuerdo con el proyecto.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- En primer término, me gustaría reiterar algo que ya habíamos planteado el año pasado en varias oportunidades respecto a la importancia y prevalencia de la problemática del suicidio y de los intentos de autoeliminación.

Por supuesto, compartimos lo que dijo el diputado; nosotros recibimos al sindicato policial que hizo una actividad en la sala Acuña de Figueroa, justamente por el incremento que veía en un personal con un grado de exposición a situaciones muy complejas y que a veces no tiene los sostenes posteriores para atravesar esas situaciones. Es verdad que el número de casos ha crecido, así como el aumento de situaciones de intentos de autoeliminación, sobre todo en población muy joven; incluso, hay algunos datos que no están consolidados, también vinculados con niños. También es

verdad que la pandemia, por cómo se la vivió y con qué soporte se transitó esa etapa, ha tenido incidencias.

Lo cierto es que en ese marco tuvimos la oportunidad de recibir al grupo de trabajo de la Universidad de la República que viene haciendo un seguimiento bien importante del tema; hicieron aportes interesantes. En esa instancia se planteó la posibilidad de que constituyéramos un equipo de trabajo -como decía, surgió en reiteradas oportunidades en esta Comisión- en el que, obviamente, las iniciativas sean consideradas, pero sobre todo en dar una fuerte señal política de que el tema es importante y de que además no queremos plasmarlo en una nueva propuesta que por estar ahí, ponerla a la opinión pública, pero sin tener efectivamente la materialidad de los recursos o la articulación de todos los dispositivos para llevarla adelante.

Hay una ley de salud mental que llevó muchísimo tiempo de debate que finalmente recoge el cambio de paradigma, pero sin duda todavía le falta musculatura para que pueda dar respuesta. Pero el suicidio y los intentos de autoeliminación son cuestiones que tienen que abordarse en forma preeminente. Hay una realidad también con la salud mental que tiene que ver con los recursos humanos, con los costos, con los dispositivos, con los tiempos de espera.

Estaba buscando en mis registros justamente lo que nos planteaban algunas de las psiquiatras que tuvieron la amabilidad de venir, y hay datos complejos, demoras de tres y cuatro meses a veces en el sector privado para acceder a las primeras consultas con psiquiatras o psicólogos. Ni qué hablar en el sector público; al norte del río Negro hay lugares en los que no hay profesionales, tienen que viajar. La Sociedad de Psiquiatría Infantil decía acá que hay departamentos que no tienen psiquiatra infantil. Ahí también hay una cuestión con la formación; tenemos que conversar con la Universidad de la República, y en particular con la Facultad de Medicina.

Lo cierto es que en virtud de eso -se lo comentaba al señor diputado Mujica- y más allá de las consideraciones del proyecto específico, que algunas compartimos, otras quisiéramos intercambiar, se trata de ver cuánto es prevenible, ¿no? Es un tema de debate, pero lo cierto es que más allá de la prevención, hacer un buen registro en los intentos de autoeliminación permitiría empezar a focalizar cuáles son las medidas y las acciones por lo menos de contención, identificación y de atención o tratamiento que se requiera, a nivel individual, familiar, pero también comunitario. Pensemos entonces, sobre todo en el sistema educativo.

Nosotros saludamos la iniciativa y tomamos la propuesta de trabajar en conjunto. Es un tema que nos atraviesa a todos. Tenemos que poder dar; como ocurrió con la eutanasia que logramos levantar la mira de bases ideológicas diferentes, porque acá el problema es otro, ¿no?

Además, que efectivamente logremos ponernos un plazo y que en lo posible para el segundo semestre tengamos una iniciativa acordada, si aceptamos la propuesta, y si no, los que aceptemos trabajar en conjunto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si el señor diputado Mujica está de acuerdo, como decían los diputados Etcheverry y Corbo, para nosotros es un tema de real relevancia.

Los últimos datos publicados sí son los del año 2021, y vemos en términos absolutos que cada vez más aumentan los casos, con una tasa del 21,4 % en 2021; en números absolutos, fallecieron 758 personas, siendo la primera causa de muerte violenta en nuestro país, duplicando las muertes por accidentes de tránsito u homicidios.

Se ha venido trabajando en diferentes estrategias, desde la creación de la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio en 2004 que se empezó a implementar en 2011, con la participación de los ministerios de Salud Pública, del Interior, de Educación y Cultura y de Desarrollo Social. Y como decía la señora diputada Etcheverry, la aprobación de la Ley N° 19.529.

Cuando fui subsecretaria me tocó trabajar en objetivos sanitarios nacionales y este era uno de los temas relevantes por lo que implica, y muchas de las propuestas de intervención están contempladas en el proyecto del señor diputado Mujica, y habría que ver las otras, porque para ninguno de nosotros es de desconocimiento la debilidad que existe para el acceso a equipos de salud mental por múltiples variables, ni tampoco el abordaje de la intersectorialidad que tiene que ver con esta temática.

En 2020 se elaboró el plan de salud vinculado con la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio con una mirada 2021- 2025, por lo que cuando veamos los tiempos de la Comisión, tendríamos que convocar al Ministerio de Salud Pública, a estas comisiones que están trabajando, a organizaciones del ámbito académico, como hoy decíamos al equipo de la Universidad de la República que durante muchos años ha estudiado el tema con evidencia científica internacional y nacional.

Creo que la mayoría de los que estamos en esta Comisión vamos a trabajar en su proyecto; en general quizás, como usted decía, dada la relevancia del asunto, sería muy importante la mayor participación de parlamentarios con sus equipos técnicos a fin de aportar. Desde ya la tomamos como una de las prioridades para tratar de resolver este año con el cronograma que tenemos; resolverlo en el correr del año.

SEÑOR REPRESENTANTE MUJICA (Gonzalo).- Esta cuestión tiene carácter epidémico, se expande en la población; hay procesos que nosotros no conocemos bien, probablemente haya imitación, etcétera. Como se ha dicho, hay aspectos familiares, que todos sabemos, hay familias en las que el suicidio se reitera en las distintas generaciones. Sin duda, el enfoque debe hacerse desde varios ángulos.

Con respecto a abordaje legal, la intención es crear alguna clase de instrumento que permita potenciar las políticas que se implementaron o los lineamientos que se trazaron anteriormente. Tal vez haya muchos que sean útiles, pero démosle una jerarquía mayor, que no sea simplemente una "indicación" que hace el Ministerio Público, sino que sea algo que esté marcado por la ley, que sea una obligación, hasta para el Poder Ejecutivo.

En última instancia veamos si así incidimos en algo, porque al final de cuentas venimos intentándolo. Desde el principio no tengo la postura de que el país ha sido omiso. No ha sido omiso; todos hemos trabajado mucho en esto, pero el problema es que tenemos una enfermedad social que reactiva todo lo que hemos intentado. Busquemos alguna forma más poderosa, más radical de incidir a ver si por lo menos logramos, como decía, detener el crecimiento de los casos, y si pudiéramos hacer bajar la incidencia, sería mucho mejor todavía.

Esta es la intención de la presentación del proyecto.

Agradezco mucho el tiempo que me dieron.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nuestro compromiso es trabajarlo.

Muchas gracias.

(Se retira de sala el señor representante Gonzalo Mujica)

(Ingresa a sala una delegación de la Asociación de Trasplantados del Uruguay, ATUR)

——Buenas tardes.

Es un gusto para todos los integrantes de esta Comisión recibir a la Asociación de Trasplantados del Uruguay, sabiendo el rol que ustedes ocupan siendo una de las organizaciones, diría, más representativa del Uruguay en muchas de las áreas.

Nos acompañan la doctora Adriana Dominzaín; las señoras Aldana Marrero y Miriam Tritten; los doctores Alejandro Ferreiro y Pablo Ríos, y el señor José Santiago.

Así que nosotros hoy estamos para escucharlos.

Les dimos prioridad al recibir la convocatoria por parte de ustedes; sabemos que en esta fecha están conmemorando el Día Mundial del Riñón y sabemos el rol que tiene el Programa Nacional de Salud Renal y todas las inquietudes y todo el trabajo que ustedes han venido desarrollando.

Les damos más que la bienvenida.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- En realidad, venimos de la Organización del Día Mundial del Riñón, y el día de hoy están presentes la Sociedad Uruguaya de Nefrología, la Cátedra de Nefrología, y el Programa de Salud Renal. Además, está presente ATUR, que es la organización de pacientes transplantados que se mencionó, la Sociedad Uruguaya de Enfermería en Nefrología, y la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay.

El motivo de nuestra visita es explicar en qué estamos con respecto al Día Mundial del Riñón, que es un día que se conmemora desde el año 2006 para alertar a la población acerca de la enfermedad renal y tomar conciencia de los principales de riesgo.

Este año, fundamentalmente, tenemos planteados dos objetivos en relación al Día Mundial del Riñón. Uno es la extensión del Programa de Salud Renal a todo el país, lo que se lograría ingresándolo al PIAS -esta es nuestra primera petición y por la que estamos bregando este año-, y el otro es la incorporación al FTM de los inhibidores del transportador de sodio- glucosa de tipo 2, que es una medicación que ha tenido un impacto muy importante en los pacientes diabéticos, en cuanto a la progresión de la enfermedad renal y a la insuficiencia cardíaca.

El Programa de Salud Renal -que es sobre el que realizamos nuestro planteo- actualmente está funcionando en el 70 % del sector mutual y, aproximadamente, en el 30 % o 40 % del sector público.

Este Programa incluye un equipo multidisciplinario para la atención de pacientes con enfermedad renal crónica, un sistema de alarmas para minimizar a los pacientes perdidos con respecto al seguimiento, e incluye la medicación apropiada para los pacientes incluidos en el Programa, que es poca y de muy bajo costo.

Los principales resultados que ha tenido tienen que ver con un mejor control de los factores de riesgo vascular después del ingreso al Programa, con el descenso, en un 30 %, del riego de muerte de los pacientes que están en seguimiento en relación a los que no lo están, y con el retardo en el ingreso a diálisis. Tan es así, que los pocos pacientes que están en el Programa y tienen que ingresar a diálisis, lo hacen con hasta siete años de diferencia que los pacientes que no vieron un nefrólogo previamente.

Entonces, teniendo en cuenta el impacto que tiene en la salud renal de la población, y desde el punto de vista económico, nos parece importantísima la extensión del Programa de Salud Renal a todo el país, máxime, considerando que no requeriría costos adicionales, ya que este Programa tiene un sistema de contralor, e informático, que funciona dentro del Fondo Nacional de Recursos. Por lo tanto, solo se necesita que se tome la decisión político- sanitaria de incluirlo en el PIAS.

A continuación, otros compañeros se referirán a la medicación, que es un tema que queríamos abordar.

SEÑOR SANTIAGO (José).- Soy el actual presidente de la Sociedad Uruguaya de Nefrología.

Una de las preocupaciones que tenemos los nefrólogos es la inclusión de los fármacos, de los inhibidores de ISLGT2, más coloquialmente, Glifosinas, que es un poco más fácil de decir. Estos fármacos han tenido un impacto significativo en la progresión de la enfermedad renal, pero no solo eso, sino que también han logrado la reducción de eventos vasculares en cuanto a los niveles de internación, de mortalidad, y de todas las causas de muerte vascular. La reducción es sustancialmente significativa; estamos hablando de un 40 % en la reducción de la progresión de la enfermedad renal, de un 30 % de la reducción de internaciones por falla cardíaca, y de un 31 % de la mortalidad.

La enfermedad renal es la quinta causa de muerte por enfermedades no trasmisibles, y tiene un impacto económico y social sustancial a nivel mundial, y se prevé que este escenario puede cambiar, ya que se proyecta que para el 2050 esta enfermedad podría estar en el tercer lugar. Entonces, teniendo en cuenta este gran impacto, y el cambio en la historia natural que producen estos fármacos, nos parece de orden tomarlos en cuenta dentro del paquete de herramientas que tenemos para limitar la progresión de la enfermedad y mejorar los resultados.

Es de destacar que estos fármacos forman parte de un pool de otros medicamentos que ya tienen demostrada su efectividad en estos escenarios, y que incrementa sustancialmente los costos para los pacientes. Estamos hablando de un fármaco que no es costoso, que en las farmacias está en el entorno de los $ 1.500 el tratamiento mensual, pero que sumado a los otros fármacos, para el paciente a veces no es tan llevadero, porque son fármacos que van dentro de un pool de polifarmacia.

Eso era lo que quería trasmitir.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- Soy docente de la Cátedra de Nefrología del Hospital de Clínicas.

Simplemente, quiero resaltar que los resultados a los que hicieron referencia los doctores Ríos y Santiago provienen del análisis de nuestra experiencia nacional, lo que es muy importante. El Programa de Salud Renal de Uruguay, en este momento, tiene cerca de 30.000 pacientes registrados, de los cuales, más de 15.000 tienen más de 5 años de seguimiento. Entonces, cuando afirmamos que el Programa de Salud Renal disminuye la mortalidad y retarda siete años el ingreso a diálisis al porcentaje de porcentaje que debe hacerlo, lo hacemos sobre datos de la realidad. Además, es un Programa de referencia global, es decir, a nivel regional y extrarregional, porque desarrolla información de primer nivel y seria, y lo hace en un contexto de atención, estructurado y multidisciplinario. Los programas no se hacen juntando a un nefrólogo y a un enfermero, sino que son elaborados teniendo en cuenta la realidad, ya que son para pacientes de alto riesgo; en realidad, el impacto que tienen es enorme. Imaginen lo que significa para una persona que debe ingresar a un tratamiento de diálisis, que en lugar de hacerlo ahora, pueda esperar siete años. Sin duda, el impacto económico que eso tiene para el Estado y para la sociedad es enorme, porque le estamos ahorrando siete años de cobertura de un tratamiento de alto costo; además, la expectativa de vida de los pacientes que ingresan a diálisis, en Uruguay, es de tres o cuatro años. Por lo tanto, no solo le alargamos el tiempo sin diálisis al paciente, sino también su tiempo de vida total, y le proporcionamos una mejor calidad de vida; eso es extremadamente importante.

Con respecto a las Glifosinas -el doctor Santiago se refirió a ellas-, podemos decir que la información que tenemos no fue recabada a nivel local, pero sí universal, y tienen un nivel de evidencia 1A. En realidad, es un fármaco revolucionario, y hace veinte años que no teníamos nada que mostrara este impacto.

Entonces, todos creemos que es necesario incorporar estas dos estratégicas, es decir, la farmacológica y la organizativa, ya que serán de alto impacto para los pacientes con enfermedad renal crónica, que constituyen el 10 % de la población adulta; realmente, es muy prevalente.

Por lo tanto, estamos embarcados en esto porque tenemos un alto nivel de evidencia y creemos que las decisiones políticas se empiezan a gestar en este ámbito; por eso agradecemos mucho que nos hayan dado esta oportunidad.

SEÑORA DOMINZAIN (Adriana).- Soy la actual presidenta de la Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay.

Desde el punto de vista diabetológico, venimos a apoyar estos fármacos, porque están avalados por organismos internacionales, como la Asociación Americana de Diabetes, la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes, la Asociación Latinoamericana de Diabetes, las Guías NICE, entre otros organismos importantes a nivel mundial. Se trata de fármacos que se recomiendan, de primera línea, fundamentalmente, para pacientes con enfermedades cardiovasculares establecidas, pacientes revascularizados, con antecedentes de strout, con una arteriopatía coronaria, o una arteriopatía, y pacientes con insuficiencia cardíaca. Además, los colegas ya expresaron la importancia que tienen desde el punto de vista renal.

Asimismo, desde el punto de vista metabólico se consideran incisivos de nivel intermedio, ya que disminuyen la hemoglobina glicosilada en el entorno del 0,8 % a 1 %, pero también tienen otras indicaciones, que si bien no son de primera línea, también son importantes cuando buscamos, sobre todo, el descenso de peso de los pacientes. Sabemos que los pacientes con diabetes tipo 2, por lo general, tienen sobrepeso y obesidad, pero estos fármacos están indicados, principalmente, para enfermedades cardiovasculares y trasilicida, falla cardíaca, y enfermedad renal crónica.

Por otra parte, a lo que dijeron los colegas quiero agregar que este fármaco, al ser de bajo costo y disminuir las tasas de internación en más de un 30 %, beneficia los costos. Sabemos que los costos de internación son mucho mayores que los que sale este grupo farmacológico.

Entonces, con nuestra presencia queremos apoyar esta petición, teniendo en cuenta que la evidencia científica, como decía el colega, es 1A. Además, si ustedes quieren acceder a ella, estamos dispuestos a hacérsela llegar, ya es muy difícil exponer todos los trabajos.

SEÑORA TRITTEN (Miriam).- Soy licenciada en enfermería y la presidente de la Sociedad Uruguaya de Enfermería en Nefrología, y vengo a apoyar los cometidos del Programa de Salud Renal.

Asimismo, quiero destacar el importante rol que tiene la enfermería en los aspectos educativos, en lo asistencial y en el acompañamiento de todo el proceso asistencial que se le realiza al paciente renal.

También tenemos presente los costos sanitarios que tienen los tratamientos de sustitución, los que, con esto, se verían mermados notablemente.

Eso es lo que quería agregar.

SEÑORA MARRERO (Aldana).- Soy la presidenta de ATUR.

En primer lugar, quiero agradecerles que nos hayan escuchado, ya que creo que todos tenemos que tratar de unirnos para que esto pueda salir adelante.

Por otro lado, brevemente, quiero contar mi historia.

Soy paciente renal y fui trasplantada. A los quince años comencé con el Programa de Salud Renal y hasta los veintiuno no entré en diálisis, lo que para mí fue fundamental. Por supuesto, primero tuve que informarme sobre lo que era tener una insuficiencia renal. Además, soy del interior del país, y allí cuesta mucho acceder a un programa de salud renal. Por lo tanto, si será importante que este Programa llegue a todo el país, y no solo en la capital.

Por otra parte, muchos de los compañeros trasplantados toman esta medicación, pero por un tema económico no pueden comprarla, lo que, lamentablemente, tiene consecuencias.

Por lo tanto, les agradecemos, y esperamos tener una pronta respuesta; por supuesto, estamos a las órdenes.

Gracias por recibirnos siempre.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- En primer lugar, quiero agradecerles por su presencia y por la información que nos han brindado.

Por otra parte, el Programa de Salud Renal no está dentro de las prestaciones, por lo que no es obligatorio. Entonces, las instituciones que lo llevan a cabo lo hacen en forma voluntaria. En ese sentido, me gustaría saber si este Programa -más allá de las consecuencias que tiene desde el punto de vista sanitario, tal como ustedes expresaron, y que reduce los costos para las instituciones- ofrece alguna otra prestación a las instituciones a los que lo llevan a cabo y a los pacientes.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- El Fondo Nacional de Recursos otorga, gratuitamente, la eritropoyetina para pacientes en prediálisis y en diálisis de las instituciones que tienen Programa de Salud Renal. Además, cuando un paciente ingresa al plan de hemodiálisis crónica financia el pago del tratamiento desde la primera diálisis. Habitualmente, demora entre un mes y un mes y medio el otorgamiento de la autorización, pero cuando el paciente está en el Programa de Salud Renal, se financia desde la primera diálisis. Este es otro ahorro importante para las instituciones.

En realidad, hay estudios que indican que -el doctor Ferreiro, que trabaja en el Casmu, lo puede decir- que las prebendas que les da el Programa de Salud Renal a las instituciones que cumplen determinados indicadores, que se fiscalizan anualmente, pueden financiar perfectamente los equipos multidisciplinarios que determinan la atención de este tipo de pacientes. Eso está perfectamente demostrado.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- Quiero agregar que el modelo es súper interesante, porque el Programa de Salud Renal está destinado a una población, y el reembolso es para la medicación de la población que ya está en diálisis. Sin embargo, dentro de las instituciones, eso permite financiar -a través de algunos programas- la atención ambulatoria de pacientes que no están recibiendo diálisis; además, lo que se está buscando es que no lleguen a necesitar diálisis, y si es así, que lleguen en una forma oportuna y más tardíamente.

Además, considerando que la información indica que el Programa tiene un buen resultado y un buen impacto, parece contraintuitivo que haya instituciones que no lo desarrollen, teniendo en cuenta que hay financiamiento y un beneficio. Entonces, a veces

se requiere de una regulación para que esos programas se lleven adelante, como sucede con los programas de la niñez o del adulto mayor que, como ustedes saben, requieren de la obtención de objetivo verificables y de la obligación de que las instituciones los lleven a cabo.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- En primer lugar, quiero darles la bienvenida formalmente, y decirles que es un gusto conocerlos y escucharlos.

Iba a hacer una pregunta, pero el diputado Corbo se me adelantó. Yo tenía entendido que el Programa estaba cubierto por el Fondo Nacional de Recursos, y ahora me queda más claro.

De todos modos, voy a hacer, por lo menos, tres preguntas. Una es si han hecho algún planteo, o han tenido algún tipo de intercambio -me imagino que sí- con el Ministerio de Salud Pública a los efectos de avanzar en la posible integración de este Programa al PIAS, a fin de tener idea de cuál es el estado de situación.

Por otro lado, se habló de la posibilidad de ingresar esos fármacos al FTM, y me gustaría saber en qué estado de situación está todo eso, en términos de evaluación.

Hace dos años, a partir de una iniciativa del Poder Ejecutivo, nosotros aprobamos la creación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la que también abarca los medicamentos. Por lo tanto, quisiera saber en qué estado de situación se encuentra esa posibilidad, en virtud de la existencia de esta Agencia.

Obviamente, también quisiera saber si hay disponibilidad en los laboratorios nacionales o si esa medicación se debe importar. Me imagino que, en ese sentido, también hay un grado de incertidumbre en los costos; de todos modos, con esa información podemos tener un panorama.

Asimismo, hicieron referencia a los equipos multidisciplinarios, y me gustaría saber de qué disciplinas estamos hablando. Me consta que hay nefrólogos, diabetólogos y personal de enfermería, pero quisiera saber qué otras disciplinas tienen estos equipos, teniendo en cuenta las realidades de muchos de los pacientes. En virtud de eso, también quisiera saber cuál es la situación con respecto a los IMAE. Sabemos que el Hospital Maciel venía en un proceso -espero que siga así- de constitución de un centro de hemodiáisis, lo que, teniendo en cuenta las características de los pacientes y sus realidades socio- económicas sería sustantivo. En ese sentido, me gustaría saber qué grado de articulación o de intercambio se ha llevado a cabo, y cuál es su valoración.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- Voy a responder las preguntas en relación al Programa de Salud Renal.

El Programa de Salud Renal cuenta con equipos multidisciplinarios, que están integrados por nefrólogos, enfermeras y nutricionistas. Además -en general-, reciben un apoyo administrativo para el ingreso de los datos de la base informática que está en el Fondo Nacional de Recursos, con lo que se controla el Programa de Salud Renal.

También quiero destacar que la atención del nefrólogo con la de la nutricionista o con la de la licenciada no tiene que se sincrónicas, sino que puede ser asincrónicas; además, no tienen que dedicarse exclusivamente al Programa de Salud Renal. En realidad, lo importante es que el paciente pueda acceder fácilmente a la nutricionista; esto es lo que se les pide.

Entonces, esto hace que los recursos humanos se puedan distribuir de una mejor manera y que el Programa sea factible desde ese punto de vista.

Por otra parte, el 31 de julio del año pasado vencía el plazo, por lo que, previamente se presentó ante el Ministerio de Salud Pública la solicitud del ingreso formal al FTM de los inhibidores LGT2. Tenemos el número de expediente, el que fue presentado por la Sociedad de Diabetología, la Sociedad de Cardiología y la Sociedad Uruguaya de Nefrología; tenemos el número a disposición.

Asimismo, el ingreso del Programa de Salud Renal al PIAS se viene planteando desde hace tiempo; lo hicimos ante la administración anterior, y ya lo hemos hecho ante esta nueva administración. En ese sentido, hace tres semanas tuvimos una reunión con el licenciado Satdjian, subsecretario de Salud Pública, ante quien realizamos un planteo formal. Además, mañana tenemos una jornada en el Ministerio de Salud Pública por el Día Mundial del Riñón -esperamos que esté presente la ministra y las demás autoridades-, y vamos a reiterar la solicitud de estas dos cosas que estamos planteando aquí.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- También se consultó sobre nuestro relacionamiento con los IMAE, y la respuesta es muy es muy sencilla. En realidad, uno de los objetivos del Programa es que el ingreso al mismo de los pacientes que alcanzan la etapa de sustitución renal, con diálisis o trasplante, sea programado y oportuno; programado quiere decir que no ingresen descompensados. Eso requiere que el paciente se prepare, elija la mejor técnica para su situación clínica, de acuerdo a su preferencia, y que esté preparado para ingresar al Programa, ya sea para la realización de hemodiálisis, diálisis peritoneal, transplante o, eventualmente, un tratamiento médico no conservador. Para eso, sí o sí, debe hacerse una coordinación con los IMAE, con los prestadores de salud, para que ese proceso se dé.

De todos modos, el Programa de Salud Renal, como tal, no está incluido en la estructura asistencial del IMAE. Lo que realiza el IMAE es el proceso asistencial puntual de hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante, que puede llegar a ser de muchos años. En realidad, todos tenemos pacientes que hace más diez o doce años que están en el Programa; además, el 60 % de los pacientes estabilizan la función renal después de diez años de evolución; ese resultado es impresionante.

Cuando empezamos a tener esa información no lo podíamos creer, porque estimábamos que todos los pacientes iban a progresar con la enfermedad renal. Hace veinte años había estimaciones en cuanto a que el número de pacientes en diálisis en el mundo iba a ser una cosa catastrófica y horrible, porque todos los pacientes iban a ingresar, pero hemos aprendido que lo podemos frenar, y no solo eso, sino que hemos logrado que aquellos que evolucionaban rápidamente evolucionen más lentamente. Reitero que ingresan a diálisis, o necesitan un trasplante, siete años después.

Como dije, los grupos de salud renal están muy articulados con los IMAE, con los prestadores: a veces están en la misma institución y a veces en instituciones diferentes. De hecho, el Maciel es un ejemplo claro, porque desde hace muchos años tiene el Programa de Salud Renal, y también tiene una policlínica de enfermedad renal avanzada, en la que están los pacientes que están cercanos a ingresar a diálisis. Además, los IMAE de hemodiálisis y diálisis peritoneal funcionan muy bien desde hace mucho tiempo, al igual que en otras instituciones de Montevideo y el interior.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- El Programa de Salud Renal nació en el Hospital Maciel, porque la primera policlínica de enfermedad crónica avanzada, y el plan piloto que se hizo para comenzar el Programa en la zona oeste de Montevideo, en el sector público, pertenecía al Hospital Maciel; además, los pacientes que se captaban se derivaban al Hospital Maciel. Es decir, que tiene toda una historia en cuanto a la nefrología y la salud renal.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Sin duda, la construcción de ese centro de primer nivel en el sector público fue una señal muy fuerte, teniendo en cuenta que en lo público hay dificultades.

Por otra parte, quería saber si tienen estimados los costos, porque si todo el Programa, entra al PIAS -con todos los dispositivos que se utilicen- tiene que ir con financiamiento, porque si no es por arancel; bueno o malo, pero se negocia.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- Lo que nosotros estamos planteando es que, por algún mecanismo de regulación, se establezca que las instituciones tengan incorporados programas integrales de atención de la enfermedad renal crónica; por lo general, ese financiamiento está basado en la reasignación de los recursos existentes, es decir, de nefrólogos, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, enfermería. Tiene que haber todas esas disciplinas, y actualmente ya están en las instituciones.

Entonces, lo que nosotros decimos es que tiene que haber estructuras organizativas que aseguren que el paciente tenga acceso, en tiempo y forma, a equipos entrenados en el manejo de esa patología, que tiene sus particularidades. Lo que no puede ocurrir es que el paciente vaya al nefrólogo hoy, que este le dé pase al nutricionista, pero que recién pueda ver a ese médico dentro de tres meses. Sin duda, la historia clínica electrónica ha ayudado mucho, pero no es bueno que se pierda la continuidad asistencial, como así tampoco las actividades educativas que hace enfermería, que son fundamentales en todo esto, ya que trabaja en los cambios de estilos de vida, en la preparación para lo que se viene cuando hay que elegir técnicas de sustitución renal, que es algo que se realice en un contexto de un programa articulado.

Además, una vez que se ingresa en el Programa -el doctor Ríos lo decía- se lleva a cabo el reporte de los casos, para lo que se requieren un formulario de ingreso y otro de control cada seis meses, el que recoge un montón de variables clínicas, biológicas y de laboratorio. Eso permite saber si los programas están controlando a los pacientes, cuántos pacientes ingresan por cada diez mil usuarios, y qué tasa de progresión tienen; entonces, según esa información se realiza el reembolso. Por ejemplo, se mantiene el pago de la eritropoyetina.

Entones, hay una devolución hacia los equipos, y un control, porque lo programas no solo hay que establecerlos, sino también controlarlos y ver que funcionen, para evitar que haya manejos inadecuados o que un programa no se lleve adelante.

Todo esto ha permitido detectar -todos los años nos pasa- a las instituciones que no cumplen con los objetivos. Entones, cuando eso ocurre, realizamos actividades con ellas para que logren cumplir con los objetivos, les damos un plazo, y vemos que mejoran. De pronto, al año siguiente pasan a ser las que ingresaron más pacientes, más controlaron y cumplieron mejor con el objetivo.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- En Montevideo, prácticamente, el 90 % de los usuarios del sector privado está cubierto por el Programa de Salud Renal, porque está en las principales instituciones; en realidad, solo falta en una o dos instituciones mutuales de Montevideo.

Asimismo, la gran mayoría de las instituciones del interior tiene este Programa; falta en las que están más al norte del país, pero la gran mayoría de los pacientes están cubiertos; en ASSE es un poco menor la cobertura.

En ese sentido, el Fondo Nacional de Recursos tiene planteado para este año el desarrollo de telenefrología, para poder acceder al sector público del interior del país.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias por las apreciaciones que realizó cada uno de los integrantes de la delegación.

Nosotros estudiamos cómo ha sido todo el proceso del Programa de Salud Renal desde que se creó, que fue en octubre de 2004, y cómo funciona la comisión asesora.

Hoy tenemos un relevamiento, según el informe de 2021, que indica que se cuenta con cuarenta y ocho grupos de salud renal, como decía el doctor Ríos, y que más del 75 % de los nefrólogos ingresan datos al Programa de Salud Renal con respecto a pacientes que tienen enfermedad renal crónica.

En ese sentido, tenemos datos que indican que en ASSE es bajo el cumplimiento del Programa de Salud Renal, y que en Montevideo se lleva a cabo en el Casmu, la Asociación Española, la Universal, el SMI, Cosem, Médica Uruguaya y el Círculo Católico.

Asimismo, en el interior este Programa está en Mecom, Médica de San José, Camedur, Candel, Camot, Casmer, Comeca, Comepa, Comef, Comeri, Comta y Comero; no sé si me faltó alguno.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- En Montevideo también está en el Hospital Evangélico, en Universal y Cosem. En el interior: CAMS, de Soriano; Camdel, de Lavalleja; Camec, de Colonia; Camedur, de Durazno; Comeca, de Canelones; Camoc, de Carmelo; Crami, de Las Piedras; Comef, de Florida; Amecom; de Maldonado; SEMM- Mautone, de Maldonado; Comepa, de Paysadú; Asociación Médica, de San José, y Comta, de Tacuarembó.

SEÑORA PRESIDENTA.- Yo creo que es muy importante

El viernes, en el rol de presidenta de la Comisión, tengo una reunión con la ministra entrante, la doctora Karina Rando, y ese es uno de los ejes. La ministra pidió ser recibida por esta Comisión y si ustedes van a tener ese encuentro mañana creo que es más que oportuno. Porque una observación que hemos hecho es que desde la creación, como ustedes saben, del PIAS y el FTM, en el año 2007- 2008, se han incorporado medicamentos y procedimientos. Hubiésemos querido que en la última administración hubiera mayor aceleración de incorporaciones, pero lo que sí es real y eso lo hablamos con el ministro saliente, con el subsecretario actual -Satjian- y con la ministra entrante, y va a ser uno de los objetivos centrales de la conversación del viernes, es que no ha entrado un procedimiento ni un medicamento a través del PIAS, el FTM a los prestadores integrales de salud. Ellos me han manifestado que es una prioridad a trabajar en este año y creo que la observación de ustedes llega en el momento. Algo que tiene evidencia de clase 1A debería estar incorporado hoy.

Realmente, tenemos una dificultad muy importante con algunas prestaciones que hoy están en el Fondo Nacional de Recursos, que no deberían estar porque ya no son ni de alto precio ni de alta complejidad.

La segunda observación es que esto requiere también una evaluación del PIAS y del FTM, viendo el impacto económico y presupuestal, que tampoco debe ser solamente sobre los prestadores. Hoy tenemos esa doble dificultad: medicación y procedimientos. El avance es ineludible, y algunos prestadores las IAMC y ASSE tienen las prestaciones y el usuario paga un costo diferencial, pero como ustedes conocen, hoy tenemos muchas situaciones de gravedad con alguna medicación. Eso hoy no nos debería estar pasando. A su vez, vamos a tener una reunión con el doctor Cipriani porque discrepamos en esa observación de que ASSE brinda a veces mayor medicación de la que está porque no está actualizado el PIAS ni el FTM. Hoy hay evidencia científica, esto a su vez tiene un

impacto presupuestal y en este caso estamos hablando de pacientes en que se prolonga el ingreso a otro estadío; por eso debería estar incorporado.

Creo que ustedes tienen evidencia científica. Como es un eje que vamos a trabajar este año y son competencias del Poder Ejecutivo, todos los integrantes que estamos acá, con las responsabilidades que tenemos, vamos a evidenciar ante las autoridades actuales que esto debería ser una prioridad, por el impacto que tiene.

Nos comprometemos a trabajar en eso y toda la evidencia que nos quieran acercar a través de la Secretaría nos ayudará a tener mayor evidencia.

SEÑORA DOMINZAIN (Adriana).- Sabemos que los prestadores de salud a nivel privado lo tienen, se paga un costo diferencial, pero dependiendo de la realidad económica del paciente, algunos lo pueden pagar y otros no. Si bien es de bajo costo a nivel de farmacias y a veces conviene más comprarlo en ellas, depende de la realidad del paciente.

Quiero acotar que un prestador, el Hospital Policial, lo incorporó con un tique diferencial de $ 60 porque la ley orgánica policial no permite que se pague un costo diferencial y por $ 60 logramos en el año 2019 que ingresara por farmacia. Me parece importante aportar eso.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ese es un aporte muy importante porque, realmente, lo que nosotros estamos reclamando a las autoridades es que eso, al estar en el PIAS y en el FTM, esté bajo la regulación del MEF con las leyes que lo amparan.

De esta manera da lugar, con la salvedad que usted hace del Hospital Policial, a que instituciones no lo tengan o que con este fármaco y otros, los que los tienen sea con un tique diferencial que eleva mucho más el gasto para los usuarios.

Hay algo más que quiero preguntarles. ¿Qué sensación tienen ustedes hoy con respecto los tiempos de espera, al acceso a la especialidad de nefrología, de acuerdo a su ejercicio profesional, aunque sea algo subjetivo? No los quiero comprometer, pero es otro de los desvelos que tenemos: los tiempos de espera que tenemos en todos los prestadores del sistema.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- La normativa establece que dentro del mes tiene que haber acceso al nefrólogo. La mayoría de las instituciones mutuales logran cumplir ese objetivo, al menos las grandes. La realidad es que en el sector público tenemos una deficiencia tremenda.

Hay departamentos enteros que no tienen nefrólogo realizando atención ambulatoria, de policlínica. Eso lo tenemos bien evaluado. El número de horas de nefrólogo -y de equipo nefrológico en general- está muy por debajo de lo que se establece como es la recomendación, que es de dos horas semanales por cada diez mil usuarios. Ese es el número que se recomienda a nivel global. En ASSE estamos muy lejos y hay zonas enormes del país, sobre todo al norte del Río Negro, donde eso no cumple.

Nefrólogos hay. Uruguay es el cuarto país del mundo con más nefrólogos por millón de población: tenemos cincuenta por millón, con una distribución mayoritaria en Montevideo, como pasa con la mayoría de las especialidades; también es donde está la mayoría de los IMAE, que es la principal fuente de trabajo de los nefrólogos.

Reitero: nefrólogos hay; enfermería de nefrología hay menos, pero también hay, si nos comparamos con otros países de América Latina. Se pueden llevar estos programas

sin generar un estrés muy importante en el sistema, aunque a veces sea necesaria una mejor redistribución.

SEÑOR RÍOS (Pablo).- Quiero hacer una breve acotación.

El año pasado hicimos un relevamiento de las horas nefrológicas de la Red de Atención Primaria de Montevideo. Yo trabajo en el plan piloto del Programa de Salud Renal desde el año 2004 y hago tres policlínicas semanales en Salud Pública: en Sayago, en el Cerro y en el Saint Bois. Relevamos una reducción de un 38 % de las horas de atención nefrológica en la Red de Atención Primaria de Montevideo en los últimos años porque no se ha llamado a concursos, aunque hubo jubilaciones y enfermedades. Eso lo estamos hablando con las autoridades de ASSE para intentar mejorar.

Ahora, yo soy el único nefrólogo que está en la Red de Atención Primaria de Montevideo fuera de los hospitales. La lista de espera es enorme, hay más de cuatrocientos pacientes esperando hora nefrológica; eso lo tenemos bien relevado.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- Plantearon que el Fondo Nacional de Recursos iba a comenzar con un proyecto de telenefrología, ¿eso puede ayudar? Sobre todo, quienes conocemos la realidad del interior y los departamentos más alejados sabemos que a veces hay vacantes, pero no se pueden llenar. Eso es una realidad porque los especialistas, no solo en esta área, sino también en otras, no se radican en el interior y eso hace muy difícil cubrir estas especialidades.

Creo que ese podría ser un buen instrumento para ir achicando esa brecha entre Montevideo y el interior, y entre el sector público y el privado.

SEÑOR FERREIRO (Alejandro).- El modelo chileno es muy exitosos y quien lo lleva adelantes es conocido nuestro, un docente que nos visita muchas veces en Uruguay. Ellos tenían un retraso de un año y medio en la consulta nefrológica porque tienen menos nefrólogos y el país es enorme. Entonces, desarrollaron un modelo de telenefrología basado en que la consulta es de médico de familia o de cabecera al nefrólogo, y así lograron disminuir el tiempo de resolución del problema del paciente a menos de un mes. Se trata de un triaje junto con el médico de referencia para que aquellos que realmente precisan una consulta especializada presencial, por ejemplo con enfermedad renal avanzada, lleguen antes del mes. Ese fue un modelo exitosísimo de extremadamente bajo costo. El software, inclusive, lo han ofrecido para Uruguay. Es una consulta de nefrólogo a médico de referencia no sincrónica. Se cargan todos los datos de los pacientes -casi treinta mil con enfermedad renal-, la respuesta es asincrónica y queda registrada en la historia clínica electrónica.

Realmente, ha sido un modelo notable que, además, han publicado y es referencia a nivel global. Y lo tenemos casi al lado; hay que aprovechar esas cosas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Creo que mañana van a tener una buena oportunidad para plantear todas estas observaciones. Nosotros seguiremos insistiendo en esto.

¿En el equipo de salud está bien incorporado en el ejercicio diario que a pacientes mayores de sesenta y cinco años, con antecedentes familiares de dializados, hipertensos, diabetes, hay que solicitarles la creatininemia y el examen de orina y, ante cualquier desviación, el pase a nefrólogo?

SEÑOR RÍOS (Pablo).- Desde 2004, una de las cosas que más nos preocupan es en la parte de educación a los equipos de salud. Desde entonces, se han hecho innumerables jornadas -diría que más de cien- de ese tipo. A su vez, en los cursos de

pregrado también se está formando a los futuros médicos en la prevención de la enfermedad renal. Eso también dese hace tiempo.

También nos parece fundamental actuar desde el punto de vista epidemiológico, por ejemplo, en la cesación de tabaquismo, en la dieta saludable, en la realización de actividad física, en los factores que previenen la obesidad, ya que la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo de enfermedad renal crónica, donde se sabe actualmente que se puede actuar con mayor beneficio con estas políticas poblacionales. Creo que eso para esta Comisión es algo muy importante, aunque por supuesto ustedes ya lo saben.

SEÑORA MARRERO (Aldana).- En nuestro país hay más de 2.900 pacientes que van a diálisis, entre ellos, más de 30 niños en diálisis y en lista de espera que no han ingresado a diálisis. A veces uno habla de enfermedad renal y piensa que es solo el adulto, pero también hay que tener en cuenta a los niños y a los adolescentes. Porque tanto como la diabetes -que es una enfermedad que cada día viene avanzando más-, hay que prevenir la insuficiencia renal. Yo empecé a los siete años y acá estoy: tengo cuarenta y cinco; no hay edad para eso.

SEÑORA PRESIDENTA.- Gracias, Aldana. Soy pediatra y me parece muy buena su observación.

Nuestro compromiso es apoyarlos en este tema para trabajar en toda la multidimensionalidad que tiene. Quienes estamos acá vamos a apoyarlos desde diferentes lugares para poner este tema en la agenda de la política pública de salud.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación de Trasplantados del Uruguay, ATUR)

(Ingresa a sala la delegación de la Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia, Cuasa)

——La Comisión da la bienvenida a esta delegación de Cuasa (Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia), integrada por la señora Jenny Caraballo, y por los señores Emiliano Russomando, José Morales, Jonhatan Franco, Francisco Pignau, y Óscar Cardona.

Agradecemos la puntualidad porque tenemos tiempos cortos. A veces planificamos, pero en la diaria se nos van interponiendo temas. Este tema para nosotros era muy importante por eso decidimos mantenerlo.

SEÑORA CARABALLO (Jenny).- Gracias por recibirnos.

Nosotros hicimos algunas conferencias de prensa por situaciones puntuales con las licitaciones de traslados de ambulancias con ASSE, llámese la 01, la 02 y la 03, que se va a celebrar a corto plazo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Acá recibimos al Directorio de ASSE, por la complejidad de las contrataciones vinculadas a empresas; sabemos que ya se está trabajando, pero para nosotros, desde nuestro rol de legisladores, era muy importante recibirlos, dado el pedido de ustedes.

SEÑORA CARABALLO (Jenny).- Nosotros tenemos dos partes para plantearles.

Una parte es por quien asesora a la Cámara y la otra es específica en relación a las irregularidades de los procesos licitatorios y su transparencia.

SEÑOR FRANCO (Jonhatan).- Sabemos que el Directorio ya compareció por el tema de las irregularidades en las contrataciones.

Nosotros, como Cámara, queremos hacer algún señalamiento puntual que nos parece de orden porque al recibir la invitación accedimos a la versión taquigráfica de la reunión a la que compareció ASSE, su Directorio y sus gerentes, y allí sobrevuelan algunas situaciones y expresiones que se dijeron en esta Comisión que nos parece necesario aclarar.

Lo primero que como Cámara tenemos que decir es que en todo momento, en pos de argumentar ante esta Comisión una justificación de la contratación con la empresa en cuestión, cuyo nombre ustedes ya saben, hemos notado que en la versión taquigráfica, a lo largo de las intervenciones de los doctores Cipriani, Sosa y Rodríguez existe, permanentemente, un menoscabo, un agravio y yo diría que, de alguna manera, un insulto al catalogarnos como "empresas bandidas". Ustedes escucharon la comparecencia de las personas que nombré y voy a hacer algunas aclaraciones.

Primero, en todo momento de esa comparecencia, algo que nos llamó poderosamente la atención, es que existió por parte de ASSE una especie de falta de conocimiento del sistema o una justificación inadecuada.

Quiero ser bien claro en esto: nosotros, como Cámara, no tenemos nada en contra de la empresa en cuestión, pero estamos en contra del acto administrativo de ASSE, que tiene vicios e irregularidades. Tampoco estamos en desacuerdo con las mejoras que ASSE planteó en esta Comisión; se habló de las líneas telefónicas de SAME 105, pero eso no es la cuestión. Es más, ASSE cuenta con el apoyo de esta Cámara para mejorar determinados procedimientos, pero no podemos permitir que se nos diga que se encontraron con una empresa con unas dimensiones como ante el descubrimiento de América. El gerente de SAME 105 enumeró las bondades de la empresa en cuestión y, sinceramente, nosotros sentimos eso como un menoscabo. Porque, ¿qué dio a entender el doctor Rodríguez en esta Comisión? Dio a entender en todo momento que poco más que nosotros trabajábamos en modalidad paleolítica. Se dijo que se encontraron una empresa que tiene rastreo satelital y que eso era una ayuda enorme para ASSE; que se encontraron con una empresa con un lugar para estacionar ambulancias; que se encontraron con una empresa con grabaciones telefónicas. Eso lo tomamos como una falta de respeto o como una falta de conocimiento total del sistema en el cual estamos inmersos. Naturalmente, en las actuales circunstancias, todas nuestras empresas cuentan con rastreo satelital, con estacionamiento para ambulancias y con grabación telefónica de las líneas de entrada y salida. ¡Cuentan con todo lo necesario para las habilitaciones! Entonces, no se puede decir que nada de eso existía y que en este descubrimiento de América poco más que vino la sanación de ASSE.

Nos pareció totalmente fuera de lugar que en pos de justificar algo se diera a entender que la precariedad del sistema era tal cosa que no existe.

En segundo orden, quiero hacer una aclaración técnica, señora presidenta; usted me entenderá porque fue subsecretaria de Salud Pública. El doctor Sosa, en esta Comisión, habló del Decreto N° 319 y quiso justificar la contratación de la empresa en cuestión, leyendo el artículo 12 de dicho decreto. Y no está mal lo que leyó el vicepresidente de ASSE; lo que me llama poderosamente la atención es que el vicepresidente de ASSE, siendo un abogado profesional en el tema, debería entender que existen dos decretos. Uno es de habilitación de emergencia médica móvil y otro es de habilitación de traslados especializados. No se pueden leer las normas sin un orden. Los decretos, como las leyes, son textos ordenados. Entonces, basta leer el primer artículo de los dos decretos para darse cuenta de que el doctor Sosa intentó justificar algo totalmente injustificable.

¿Qué es lo que sucede y por qué los dos decretos? Porque el espíritu del legislador en ese momento fue clave. Es decir, están las emergencias móviles, que tienen una naturaleza jurídica distinta a la empresa de traslados, y en esa diferencia el legislador imagina territorialidad, bases de salida, tiempos de respuesta, etcétera. Por otro lado están las ambulancias especializadas.

¿Qué sucede? El objeto de las empresas es el mismo: trasladar pacientes con ACV, con AIT o politraumados graves. El decreto de traslados especializados es más contemporáneo y, entonces, no es necesario que las empresas de emergencias médicas móviles que ya están habilitadas soliciten habilitación de traslados especializados. Ahora bien, esto en ningún momento exime a la Administración de los Servicios de Salud del Estado de solicitar las habilitaciones correspondientes a aquellas del ámbito privado y del ámbito público que brinden traslados especializados. Pero esto es totalmente descabellado; basta leer los dos artículos.

Sigo con el objetivo de ordenarnos y, sobre todo, de aclarar la participación de ASSE, que además de confusa permanentemente menoscabó nuestro trabajo.

Hay cosas que me llaman poderosamente la atención. En esta Comisión, el gerente de SAME 105 incurrió en un atrevimiento que nosotros no podemos permitir. Se dijo textualmente que hasta ahora existían empresas bandidas. Entonces, si el gerente de SAME 105 tiene documentación fehaciente y pruebas contundentes de que existen empresas bandidas -inclusive, en la versión taquigráfica dice que sobrefacturaron kilómetros-, tiene todas las facultades para canalizar las constataciones que haya hecho, a través de la vía judicial, administrativa o pertinente.

En esa larga justificación que hace dice que, en realidad, ninguna de las empresas que brindaban servicios al momento tenía documentación fehaciente de un control estricto y que ASSE tampoco. Eso nos preocupa enormemente porque es, insisto, desconocer el sistema.

Nuestras empresas que integran la Cuasa han pasado por todos los períodos de gobierno. Nosotros no tenemos color político ni hinchada deportiva; lo único que nos atañe es nuestro trabajo. Hay empresas con cuarenta años en el rubro; otras con 35, y otras con 30. Nunca, señora presidenta, no solo no nos apartamos de las normas, sino que tampoco hemos hecho joda -como dijo el presidente de ASSE- en la Administración Pública. Nunca hicimos joda y agradezco que esto conste expresamente en la versión taquigráfica. ¡Eso es un insulto!

SEÑORA PRESIDENTA.- Es una garantía que dan la versión taquigráfica y el Poder Legislativo en este momento.

SEÑOR FRANCO (Jonhatan).- Se lo agradezco, señora presidenta.

Siguiendo el razonamiento de que el señor Rodríguez desconoce el sistema de ASSE y de que dice que no existía control y que eso permitía la sobrefacturación de servicios, yo traje acá documentación que puedo acercar a los legisladores presentes en la que se establece el primer filtro, que es la grabación telefónica de todas nuestras empresas, que es garantía para ambas partes, no solamente para el servicio que nos contrata, sino también para control de nuestros propios funcionarios.

Por otro lado, no existe en todo ASSE, al menos para con nosotros -insisto: al menos para con nosotros- el pago de un solo servicio, ya sea de ambulancia de traslado común o de traslados especializados, que lleve la siguiente trazabilidad: primero, se recibe la orden telefónica por parte de cualquier unidad ejecutora de ASSE. Segundo, se despacha el móvil con rastreo satelital de GPS, que parece que descubrieron que en el

país solamente ITHG lo tiene. Tercero, no se levanta pacientes de traslado especializado o de traslado común si no existe una orden de traslado firmada por el licenciado a cargo del paciente o el médico. Esa orden es de ASSE.

SEÑOR CARDONA (Óscar).- Nosotros requerimos un número de gestión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Le pido que nos hagan llegar toda la documentación que ustedes entiendan pertinente. Una vez recibida, la Secretaría nos la hará llegar a los cinco miembros titulares de la Comisión y a los delegados de sector.

SEÑOR FRANCO (Jonhatan).- Siguiendo con el razonamiento, tenemos: orden firmada por el personal de ASSE a cargo del paciente y, al final del proceso, cuando nuestras empresas facturan a las distintas unidades ejecutoras de ASSE, las facturas van con copia de la orden del servicio, con un archivo excel inalterado donde está el servicio solicitado, y en los casos que sea traslado especializado, la historia clínica.

Entonces, no se puede decir absolutamente suelto de cuerpo en esta Comisión que nuestras empresas facturaban y que no había control alguno. Al menos, insisto, en nuestro caso, el control es totalmente estricto. Es más: si nosotros no presentamos a ASSE ninguna de esta documentación -reitero, ni la orden de traslado ni en los casos que amerite, la historia clínica- ASSE no paga el servicio. Hemos tenidos muchos ejemplos porque en la vorágine de trabajo se perdió la orden, no la trajeron, etcétera.

Ustedes recordarán que, en todo momento, la comparecencia de ASSE insistió en que nuestras empresas le brindaban tiempo cuando nos sobraba. Eso es mentira. ¿Saben por qué? Porque nuestras empresas tienen modalidades contractuales bajo los amparos legales establecidos hasta el momento. Nosotros trabajamos con licitaciones públicas, con licitaciones abreviadas, con compra directa o con lo que el Estado estime pertinente.

¿Qué es lo que sucede y lo que ASSE no ha dicho hasta el momento y seguramente usted, que es profesional del área, entenderá? SAME 105 es una unidad ejecutora más de ASSE. Insisto, puede justificar la contratación con ITHG, pero SAME 105 nos llamaba a nosotros cual bomberos a apagar un incendio en determinado momento. Nosotros no podemos tener recursos materiales ni recursos humanos por si en algún momento SAME 105 nos solicita un traslado especializado o no especializado. No está en la cartera de clientes porque no tenemos modalidad contractual, pero en el mejor de los casos y porque nuestra buena voluntad siempre existió para con la institución, digamos que nosotros en un momento tenemos disponibilidad para brindar el traslado a una unidad ejecutora que no tiene ninguna modalidad contractual y no es de nuestra cartera de clientes. El doctor Rodríguez y el doctor Cipriani se olvidan de que hacemos el servicio en mayo -como nos ha pasado y tenemos documentación- y en diciembre estamos sin cobrar.

Apliquemos el raciocinio de que detrás de los servicios hay empresas que naturalmente tienen un fin de lucro. Nosotros no podemos estar atrás de la gerencia de ASSE cuando se le ocurre a ASSE que debemos brindar algún servicio al SAME 105 bajo ninguna de las modalidades que acabo de nombrar. Hay que dejarlo claro: nunca brindamos tiempo de sobra. Nosotros cumplimos absolutamente con todos los tiempos bajo las modalidades contractuales que tenemos vigentes.

Lo otro que me llamó poderosamente la atención -esto sí, señora presidenta, tiene un tenor bastante grave- es que en determinado momento de su participación, el doctor Rodríguez dijo que nuestras empresas se derrumbaron en pandemia. Utilizó la palabra derrumbe y dijo: no pudimos acudir a las empresas del mercado, y cuando digo mercado quiero hacer énfasis en empresas que cumplen con toda la legalidad, porque se

derrumbaron. Nuestras empresas no se derrumbaron en ningún momento; tanto es así que yo, sinceramente, sentía hasta que existía una contraposición con lo que todos sabemos de la pandemia, porque las sociedades científicas de este país, el propio Ministerio de Salud Público dijeron en todo momento que el sistema no colapsó. Entonces, ¿en qué momento colapsaron nuestras empresas? Nuestros colegas, que están aquí representados, en ningún momento colapsaron en la pandemia. Ordenamos el trabajo en función de las actividades que teníamos. Es más: la venta de servicios de ambulancia bajó a niveles peores que en la crisis de 2002, cuando cerraban las mutualistas, porque no había servicios. Lo único que existía era los traslados de emergencia y para las personas que se tenían que hacer diálisis. ¿De dónde sale que se derrumbaron nuestras empresas? En ningún momento colapsó el sistema, y si el doctor Rodríguez dice que se derrumbaron porque el sistema colapsó, tendrá que venir la señora ministra de Salud Pública a explicar a esta Comisión en qué momento el sistema extrahospitalario del país colapsó. ¿Y porque derrumbaron voy a contratar una empresa sin habilitación, de la que no tengo antecedentes?

Para terminar con esta aclaración que nos pareció muy necesaria -porque, sinceramente, sentimos el agravio de forma directa, señora presidenta- quiero decir dos cositas.

Hay una contradicción constante en esa versión taquigráfica. Se argumenta que el precio era más favorable para ASSE, que era más barato. Naturalmente que va a ser más barato para ASSE la contratación de esta empresa, si el propio Rodríguez dice que encarrozaron las ambulancias y con la logística de ASSE les mandaron equipar las ambulancias. Yo tengo empresas colegas que están acá representadas y me podrán decir los nombres. En ningún momento, en veinticinco, treinta, cuarenta años, nuestras empresas no le cotizaron a ASSE un servicio ni tampoco le daban a ASSE la ambulancia para que se las equipara. Estamos frente a una competencia desleal brutal. ¿Dónde está el principio de la buena administración de los bienes públicos? Es decir, yo, ASSE, le equipo a una empresa privada las ambulancias. No sabemos si les descontaron o no el equipamiento; esto lo dice el doctor Rodríguez textualmente. Le queda la mejora de los equipos de unidades móviles terrestres a favor de la empresa contratada, que no sabemos si seguirá brindando o no servicios a ASSE. Me parece muy de locos que la Administración de los Servicios de Salud del Estado poco menos que le armó la empresa. Nosotros, cuando nos presentamos a licitaciones, presentamos ambulancias armadas en función de lo que se nos solicita. No existe que armen las ambulancias porque, bueno, les faltaban cosas. Nos parece totalmente fuera de lugar.

Por último, creemos muy importante señalar ante esta Comisión que ASSE se ha autoarrogado potestades reglamentarias que no tiene y me gustaría ser extremadamente claro en este sentido.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado no es un órgano con facultades para dictar normas reglamentarias. Es decir, la presidenta de la Cámara, en el tiempo que entiendan pertinente -aunque esto es de carácter bastante grave- y si ustedes lo permiten, podrá explayarse un poco más a este respecto. Lo concreto es que ASSE comienza a poner en las licitaciones determinadas condiciones que son potestades reglamentarias del Poder Ejecutivo, llámense habilitaciones o condiciones laborales que están establecidas en los Consejos de Salarios.

Queremos ser enfáticos en esto porque no podemos permitir bajo ningún concepto que entidades estatales sin potestades reglamentarias se autoarroguen esa potestad, porque quienes somos proveedores desde hace tantos años del Estado estamos frente a

una pérdida de garantías importante, a favor de la competencia desleal que no estamos dispuestos a recorrer.

Estas aclaraciones nos parecieron pertinentes porque, insisto, sentimos como un agravio que se diga que somos empresas bandidas. Se tendrá que comprobar. Decir que hubo sobrefacturación en kilómetros tendrán que comprobarlo también. Pero no podíamos dejar pasar por alto esa intervención de la Administración de los Servicios de Salud del Estado en esta Comisión.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchas gracias, señor Franco. De hecho, de eso se trata: de dar voz a los ciudadanos en estos ámbitos.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Primero que nada, agradezco la comparencia de la Cámara y la claridad del planteo.

Ustedes sabrán, lo habrán visto públicamente, que nosotros convocamos a partir de haber identificado situaciones que nos parecían irregulares, y eso motivó la comparecencia en enero de las autoridades. Antes de entrar de lleno en ese tema, quiero decir que nos parecía de orden tener la oportunidad de intercambiar con ustedes, a partir de que se hicieron públicos los posicionamientos.

Lo cierto es que respecto de esa versión taquigráfica que veo que han leído y analizado con detenimiento, para nosotros -lo planteamos y lo reiteramos- es la mayor garantía para todas las partes. Se trata de preservar, primero que nada, el principio de igualdad entre los oferentes; de preservar, por supuesto, las mejores condiciones para la Administración en el manejo de los recursos públicos, de dineros públicos, pero en el marco, justamente, de que haya transparencia. Cada cual tiene legítimos intereses que le son específicos, pero las reglas deben ser parejas.

En ese marco, iniciamos solicitudes de información al Ministerio de Salud Pública, incluyendo justamente los dos decretos, el N° 309, de 2008, y el N° 319, de 2016, en los que el Ministerio establece los requerimientos.

Usted mencionaba, con respecto al artículo 12 para la atención médica de emergencia con unidades móviles terrestres, la diferencia: pueden realizar traslados especializados coordinados sin requerir habilitación específica. Dice: "Las empresas e instituciones que realizan traslados denominados simples o comunes (es decir, sin asistencia médica) bien sea en móviles tipo ambulancia o de otro tipo, no cuentan con normativa específica ni requieren de habilitación por parte del MSP". Dice "traslados simples o comunes", por lo cual en el escenario en el que estábamos de traslados especializados era requerible y exigible la habilitación. Digo esto porque las facturas y el monto de 534.000.000 hasta octubre de 2022 dicen "servicio de traslado especializado", "médico a la orden", pero todo es especializado, por lo cual acá tenemos una primera situación.

Lo otro es que en ese marco, verificamos que todos los pliegos licitatorios -por lo menos yo pude encontrar disponibles en la web desde 2017 en adelante- requerían la habilitación. Todos tenían como exigencia la habilitación del Ministerio de Salud Pública. Quiere decir que no es innovador; estaba y estuvo desde el primer momento.

Respecto de la situación que se nos plantea de por qué la necesidad de haber contratado sin verificar esto, es parte de lo que ustedes ya comentaban a través del señor Franco. En su momento, en la reunión del 3 de febrero -consta en la versión taquigráfica- planteaba cómo se llega, y ahí empieza la explicación de que en 2021 hubo momentos complejos de la pandemia, en la siguiente ola entre el 4 y el 14 de mayo. Lo que dice -consta en la versión taquigráfica- el doctor Rodríguez, gerente de SAME es que " la

directora Administrativa de SAME fue comisionada para comunicarse con proveedores de traslados con los que trabajamos históricamente, pero la negativa, prácticamente, fue unánime. […] se enviaron correos electrónicos a proveedores de traslados del medio, es decir, a distintas emergencias móviles. Por ello me sorprendió mucho cuando un medio de comunicación prestigioso consultó a empresas privadas sobre este tema y sus directores técnicos le dijeron que jamás los consultamos".

Plantea algunos casos, en especial de la otra Cámara -me imagino que ellos lo plantearán-, pero lo cierto es que lo que se reafirma en esta oportunidad es que de ahí en adelante no tuvieron respuesta positiva en el sentido de poder atender los servicios.

Lo mismo se dice respecto de la consulta alquiladora, que solicitaron móviles que pudieran ser ploteados como SAME y también recibieron una respuesta negativa. Esto también consta en la versión taquigráfica.

Por otro lado, se plantea lo que tenían contratado hasta el momento. Dicen que hasta esa fecha -entiendo que es previo a mayo de 2021- ASSE tenía contratos para traslados comunes tanto de adultos como de pediatría en forma directa, con veintisiete empresas. Y con respecto a otros servicios no asistenciales, tenían contratos también por compra directa con cuarenta y ocho empresas, sobre todo por vehículos para traslados de médicos. Simplemente, para tenerlo cotejado, quisiera saber cuántos están en la Cámara y si están monitoreando eso.

Por otro lado, lo que se planteaba era que había importantes atrasos, hasta de tres días. De hecho, en la página 9 de la versión taquigráfica, menciona un caso particular de un ACV donde la empresa le dice: "Puedo hacerlo después de las seis de la tarde; estoy terminando otro traslado y recién ahí lo puedo hacer". Esto es lo que se describe en la versión taquigráfica en aras de dejar sentado que durante mucho tiempo las empresas contratadas hacían en forma marginal los traslados o cumplían en virtud de tener tiempo residual para hacerlo.

Primero es necesario tener claro eso.

En segundo término, plantean un tema respecto de lo que se cobraba -aunque esto es más para las cámaras especializadas-, y quisiera tener claro cómo era la construcción del valor hora y después entrar en la parte de la licitación, porque cuando esto sucedía ya se estaba con los pliegos licitatorios en curso. Estaban las nos. 01, 02 y 03, y quisiera ver en qué situación están hoy los recursos, porque en los pliegos a los que pudimos acceder había modificaciones respecto de las exigencias, que fueron preguntadas ahí. No obtuvimos respuesta, pero imagino que ustedes las habrán analizado con detenimiento.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les voy a pedir que ustedes dimensionen la información de más relevancia para contestar a la diputada Etcheverry. Hoy tenemos unos tiempos un poco acotados. Sí entendemos la relevancia de la convocatoria de ustedes acá y de todos los descargos, pero necesitaríamos optimizar los tiempos.

Reitero que siempre nos pueden hacen llegar más información, sin desmedro de hacer las observaciones que, como bien dijo el señor Franco y la presidenta de la Cámara en su intervención inicial, den respuestas a la diputada Etcheverry, que ha iniciado este proceso de información y de investigación.

SEÑORA CARABALLO (Jenny).- En respuesta muy concreta y específica a la diputada Lucía Etcheverry, le voy a dar tres respuestas en función de toda su exposición.

Como punto número uno, nos llama poderosamente la atención que en la versión taquigráfica de la asistencia de la Presidencia y la gerencia de ASSE -estoy convencida personalmente- se habla en forma permanente de la facturación del 100 % de lo que es

especializado y todo lo demás, pero en la pandemia se realizaron traslados comunes. Entonces, mi pregunta para esta Comisión es la siguiente. Dentro de esa facturación de US$ 5.000.000 o US$ 13.000.000 -como se quiera llamar-, ¿el traslado menor está facturado a precio mayor? Porque no está discriminado. Digo esto porque usted hizo hincapié en lo que decía ASSE, y estoy hablando de eso específicamente, porque en parte de la versión taquigráfica, además, se hace alusión concreta y se dice: Fíjense que nosotros las diálisis en el momento de la pandemia las tuvimos que llevar de a uno. Sin embargo, todos los que son médicos y los que no lo somos, pero tenemos algún familiar que se hace diálisis, sabemos que no van en una ambulancia especializada. Quizás no van en una ambulancia social, como las llama ASSE -otra terminología nueva-, pero ese es otro precio.

Voy a la segunda respuesta, porque usted en un momento consultó cómo se llega al precio de cotizar por hora o por traslado programado. Lo primero para cotizar cualquiera de estos servicios, ya sea traslados comunes, auto con chofer para llevar enfermero, médico o lo que sea, o traslados especializados -algunas de nuestras empresas tienen los dos servicios y tenemos las habilitaciones correspondientes emitidas por el Ministerio de Salud Pública con sus decretos respectivos- es que para tomar un precio tenemos que saber cuál es el salario que marca el Consejo de Salarios para nuestros funcionarios.

En el sector que tiene que ver con especializada el Grupo 15 es el grupo madre. Para el sector de traslados sin asistencia, no especializados o comunes -como les quieran llamar-, que es más del 80 % de los servicios, es el Grupo 15, Subgrupo 03, "Ambulancias de traslado sin asistencia". La Cámara aquí presente forma parte de la mesa del Consejo de Salarios junto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los sindicatos de cada empresa. Hemos conformado pautas y demás desde el año 2005 a la fecha; entonces, sí sabemos cómo se forma un precio. Ustedes sabrán que en el Consejo de Salarios cuentan cosas como antigüedad, nocturnidad, etcétera.

Por otra parte, hay algo que no puedo responder a la señora diputada, pero sí voy a hacer una acotación -reitero- personal, y es que es muy gracioso leer la versión taquigráfica de cuando vinieron a la Comisión a dar información, porque aparece todo como una negativa y parece un cuento de hadas de mi nieta. Todos se negaban. Se negaban las empresas privadas. Se negaban las móviles. Se negaban las ambulancias comunes. Se negaban las alquiladoras, pero ¡oh casualidad! Mágicamente, llegó Alicia del País de las Maravillas y trajo todas las soluciones. Eso con respecto a lo que usted me preguntó.

SEÑOR FRANCO (Jonhatan).- Con respecto a la pregunta muy concreta de la señora diputada acerca de si fuimos invitados, debo decir que no, y lo explicará la presidenta de nuestra Cámara.

SEÑORA CARABALLO (Jenny).- Voy a hacer un resumen muy escueto.

Puntualmente, esta Cámara en particular va contra todo lo que entiende como viso de ilegalidad de las licitaciones 01/23,02/23 y parte de la 03, que se corrió ahora por una oposición de la Cámara de Emergencias.

Para hacer las licitaciones que nosotros estamos acostumbrados con el Estado, hay puntos para tener en cuenta como, por ejemplo, los establecidos en los literales A) y B) del artículo 149 del Tocaf, que habla concretamente de que un trato discriminatorio configura una franca violación del principio y todo apartamiento del principio de igualdad frustra la finalidad esencial de toda licitación, que es hacer una propuesta más conveniente, lo que solo puede obtenerse si las propuestas ponen a todos los oferentes en pie de igualdad. En el caso de las licitaciones N°01 y N° 02, el pie de igualdad lo

pusieron los oferentes, por varias cosas. Ustedes lo tomarán y después nos preguntarán, y les podemos hacer llegar toda la información.

Si nos vamos específicamente al pliego particular de condiciones de la licitación N° 2/23, en el punto 1.2, que habla de la tripulación, exige que determinados cursos, por ejemplo, sean de ETUM (Escuela de Técnicas en Urgencias Médicas), Unasev y ASSE. Quiero ser muy, pero muy escueta, para no robarles el tiempo que ustedes están necesitando en este momento.

Quiero dejar en claro que no estamos en contra de ninguna capacitación de los funcionarios; por el contrario, celebramos todos los avances que ASSE ha tenido para la población que usufructúa esos servicios. Lo que sí quiero decir es que los cambios en las reglas de juego tienen que ser avisados -como hace siempre el Estado- con un tiempo prudencial. La Comisión, o quien sea, puede investigar en ARCE (Agencia Reguladora de Compras Estatales) esta licitación; entran a los adjuntos que propone esta empresa de la que estamos hablando. Volvemos a reiterar que no estamos en contra de la empresa ITHG; estamos en contra de cómo se manejaron las cosas. Estos cursos emitidos, no por las unidades de las que estamos hablando acá, sino por ASSE en su mayoría, fueron firmados -los tengo para mostrárselos- el día 4 de enero de 2023, con una coincidencia no menor que es el día en que ARCE levanta el pliego de la licitación. Además, coincide con que es trece días hábiles antes de que se celebre la licitación. Entonces, uno puede leer entrelíneas que el pliego está hecho para una empresa.

SEÑOR PIGNAU (Francisco).- Del pliego, lo más interesante no es tanto la exigencia de una preparación, sino la imposibilidad de poder contratar a alguien con esa preparación explícitamente escrita en el pliego. Supongo que Jenny está de acuerdo con eso.

SEÑORA CARABALLO (Jenny).- En cuanto a las declaraciones que hizo ASSE en esta Comisión, queremos dejar establecido -tenemos cosas para brindarles al respecto- que nuestra Cámara nunca, nunca, pero nunca, fue llama por ASSE SAME 105 para brindar ningún tipo de traslado. Tanto es así que esta Cámara tuvo que acceder en 2021 y parte de 2022 al beneficio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que lo dio en un momento junto con Presidencia, para que los funcionarios pudieran tener el subsidio del seguro. ¿Por qué? Porque los traslados comunes, o sociales como los llama ASSE, prefieren a diálisis, oncológicos, altas, consultas, y la policlínica estaba cerrada por orden del gobierno, por la pandemia. Entonces, tuvimos que apelar -porque nuestros servicios bajaron en un 80 % y más-, a que nuestros funcionarios se acogieran a ese beneficio. Gracias a Dios que existe ese beneficio. ¿Cuándo la empresa tuvo que tomar esa decisión, hasta en conjunto con sus propios sindicatos? Cuando empezamos a tener tiempo ocioso de los funcionarios, y ambulancias ociosas. Vuelvo a reiterar, a recalcar que ASSE SAME 105 ni para las diálisis ni para las altas ni para nada llamó a ninguno de los integrantes de esta Cámara. Pero hay un tema no menor: a algunas de nosotras, que teníamos licitaciones vigentes en esos períodos, nos bajaron sustancialmente los servicios casi en un 80 %, aún en la pospandemia. Según la versión taquigráfica, ASSE reafirma que las unidades ejecutores le tienen que pedir apoyo y ayuda porque las empresas, que somos malas, que no hacemos bien las cosas, les decimos que no. Eso también es una mentira, una violación a nuestros derechos y a la verdad. Muchos de nosotros somos adjudicatarios y no nos están llamando. A modo de ejemplo, una unidad ejecutora como el Hospital Español, en 2020 -lo digo de memoria- solicitó 900 traslados comunes; en 2021, 700; en 2022, pospandemia, 300 y en lo que va de 2023, 9. Entonces, no estamos atacando a ITHG; hay una orden encubierta de que no llamen a las empresas que son adjudicatarias. De hecho, en esos procesos de los años 2021- 2022 hubo licitaciones de traslados comunes que por los delegados de ASSE se dieron anuladas.

¿No era que las empresas decían que no; que no había servicios que les quisieran cumplir? ¿Por qué no adjudicaban las licitaciones cuando, coincidentemente, esta empresa no se había presentado en estos períodos?

Vuelvo a reiterar que no estamos en contra de la empresa sino de los procedimientos. A nosotros nunca se nos llamó; nunca se nos convocó. Literalmente, se nos quitó trabajo, entre otras cosas.

En la Licitación N° 02/23 hay cosas muy puntuales y serias. En una de las bases que ponen en el pliego están los cursos; las empresas deben tener cien horas de cursos para los funcionarios. Reiteramos por tercera vez: no estamos en contra de los cursos y nuestras empresas los dan. Hemos visto que la comisión adjudicataria o la comisión de adjudicación sugiere que a esta empresa se le otorgue o se le adjudique la licitación cuando estamos hablando de traslados no medicalizados; ese es el objeto de la licitación. Y están dando cursos a una o dos personas de arritmias, de uso de cardiodesfibriladores, de uso de incubadora, Neopuff, rescate con drones y demás. No estamos en contra de la capacitación del empleado, pero si vas a evaluar a una empresa con la otra, que las capacitaciones surjan en función del objeto de la contratación. Yo personalmente podría haber hecho un curso de merengue italiano y tenía diez horas de curso. ¿Correcto? Pero eso no coincide con el pliego.

Hay otra cosa que nos llamó poderosamente la atención también de las unidades ejecutoras. Hay un tema que no es menor. Cuando hablamos de ASSE estamos hablando de todo el sistema a nivel nacional. Si todas las unidades ejecutoras se comportan de la misma manera ¿por qué yo quiero determinar que el 105 no se comporta de la misma manera? Las unidades ejecutoras como el Hospital de Paysandú, el Hospital de Canelones, el Hospital de las Piedras, el Maciel, el Pasteur, Saint Bois o el que fuera, exigen en los pliegos -ustedes lo pueden ver y la diputada dijo que había estudiado varios pliegos- algo muy interesante, que es que se presente un cuadro de composición de costo certificado por contador público. Cada uno de nosotros en distintas situaciones y en distintos lugares lo ha hecho. Es muy interesante ver que esa composición que piden las unidades ejecutoras de ASSE habla de los sueldos nominales, nocturnidad, aportes patronales, aguinaldo, etcétera, y se llega a un precio. Eso es transparencia. Después yo, o cualquiera de mis colegas, en utilidad pondrá el 30 %, el 70 % o el 150 %, y ASSE decidirá cuál es el más barato. En eso estoy de acuerdo. Una de las cosas que nos llamó poderosamente la atención en este caso es que eso desapareció de los pliegos.

Tengo otros temas no menores, pero no quiero robarles tiempo. Tenemos un problema con una empresa de esta Cámara que objeta a nivel jurídico el pliego en los tiempos que se enmarcan. Esa solicitud es respondida por ASSE, no dando lugar, pero, coincidentemente, el 8 de marzo -luego de celebrada la licitación- se pronuncia para que presente los recursos de lo que se le negó anteriormente. Es un tema más jurídico y entiendo que la Comisión tiene todas las condiciones para informarse.

Como se habla de que a nosotros nos llaman, de que a nosotros no nos llaman, quiero decir lo siguiente. Hay algo que mencionó el señor Franco: ASSE nunca fue a visitar a ninguna de nuestras empresas. No sabe las dimensiones que tienen nuestros galpones, nuestros estacionamientos; no sabe los lugares que tenemos para los residuos extrahospitalarios, los equipos de protección personal, cuántos móviles tenemos, cómo están conformadas nuestras cabinas. Nadie nos fue a visitar nunca. Tampoco se presentó esto en un proceso licitatorio.

(Diálogos)

——No hay igualdad de condiciones.

Hay un tema no menor que para mí es una falta de respeto. Hay una comunicación de esta empresa de la cual estamos hablando todos, que hace llegar a sus funcionarios y a sus subcontrataciones, en la que dice:

Muchos de ustedes ya se habrán enterado de los cambios que sucederán a partir del 1° de marzo de 2023, así que les comunicamos la realidad.

Es reconocido nuestro excelente trabajo por ASSE, el nivel de satisfacción de la demanda y el aumento de móviles para dar el servicio. La acción erosionante de la Cámara de Emergencias Médicas puso en el candelero la gestión de SAME y nuestro permanente crecimiento. La Administración ha topeado el gasto mensual que SAME puede pagarnos en un 50 % del presupuesto de diciembre de 2022 y ha dificultado el pago de deudas pendientes de 2022 previsto en el presupuesto de 2023. Esta situación nos pone en una situación financiera que obliga a realizar ciertos recortes que esperamos sean transitorios. Suspendemos nocturnidades, suspendemos servicios sábado y domingo, bajamos móviles […]. Esperamos que estas medidas sean transitorias, estando en permanente consulta con las autoridades de SAME, quienes están procurando soluciones financieras al problema que enfrenta y nos afecta en forma directa a nosotros. El recorte de cada empresa será comunicado por […] en el día de mañana. El presupuesto mensual de cada empresa se verá afectado en forma directa.

Es momento de reforzar esfuerzos, aplicar inventiva y apoyar a nuestra gente. De esta salimos más fortalecidos que nunca. Es solo una poda de invierno después de una gran cosecha de verano. Abrazos a cada uno. G.G. es su nombre, alguno lo entenderá.

Está fechada el 25 de febrero, qué coincidencia, después de la comparecencia de ASSE a esta Comisión.

Agradecemos nuevamente su invitación; se lo agradecemos enormemente, porque es una de las pocas veces que se les ha dado lugar a nuestras empresas, que tienen veinticinco, treinta y cuarenta años. Hemos luchado como Cámara en la época de pandemia, solicitando al Congreso de Intendentes -que no nos recibió- que nos apoyara con las patentes, y otro montón de cosas.

Nos parece que esto que leí habla de que los pliegos se hicieron en función de esta empresa.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero recordar que tenemos a la delegación de la Cámara de Emergencias Médicas Móviles esperando afuera.

SEÑOR CARDONA (Óscar).- Uno de los fundamentos de esta contratación hacia una empresa de cumplimiento europeo es el incumplimiento de nuestras empresas.

Nosotros estamos actuando bajo licitaciones públicas y privadas en diferentes departamentos. Entonces, creo que las unidades ejecutoras y ASSE tienen las herramientas para activar ante el mal cumplimiento de las licitaciones y la no respuesta nuestra con los avales que corresponde y que presentamos. Solicito que presenten qué avales activaron o qué incumplimiento activaron con cada una de las empresas de la Cámara. ASSE tiene las herramientas para fundamentar y sancionar a las empresas que están en los procesos licitatorios, y no las activó. Yo desconozco, pero creo que la Cámara no tiene ningún proceso, ninguna multa aplicada por el mal cumplimiento o negación de servicios. Quería puntualizar eso.

SEÑORA PRESIDENTA.- Recuerden que podremos tener otra instancia o pueden hacernos llegar toda la documentación que entiendan que sería adecuada para que esta Comisión tenga insumos para discutir.

SEÑOR REPRESENTANTE CORBO (Milton).- Escuchamos con atención todos los planteos que se hicieron. Esta instancia en la que ustedes comparecen no es el momento para entablar un debate. Tenemos posiciones distintas y no es el momento de discutir. La Comisión tendrá la oportunidad de decidir con estos insumos.

Quiero dejar algo sentado para que quede en la versión taquigráfica. Creo que ha habido algunos calificativos y conclusiones que realmente me parece que están fuera de lugar; no es el tono ni el lugar para hacerlos. Me refiero a calificativos hacia las autoridades. Entiendo la sensibilidad. Capaz que fue la sensibilidad; lo puedo entender. De cualquier manera, no lo quiero dejar pasar.

(Diálogos)

——No voy a discutir este tema. Solo quiero dejar constancia. Va a quedar en la versión taquigráfica lo que dijimos todos. Llegará el momento de discutir, de que comparemos las versiones y la documentación que nos hagan llegar. Hay algunos pedidos que han hecho a ASSE, como intimando a determinas cosas, que también nos parecen fuera de lugar. Aceptamos lo que dicen como un insumo para luego discutir y llegar a las conclusiones que correspondan.

Gracias, presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si quieren hacer alguna observación antes de retirarse, pueden hacerlo.

SEÑOR FRANCO (Jonhatan).- Una simple acotación. Por cierto, no es de recibo lo esbozado por el señor diputado. Cuando ingresamos a esta Comisión dijimos claramente -la diputada no estaba presente, por lo que lo reitero en presencia de ella- que no venimos acá en función de ningún partido político, de ningún cuadro de fútbol ni mucho menos. Venimos en función de la defensa de nuestro trabajo. Creemos oportuno haber hecho las aclaraciones necesarias respecto a la primera versión taquigráfica. Quizá en el momento en que se nos catalogó de bandidos y demás no existió esa acotación a las autoridades de ASSE que el señor diputado hizo ahora. Naturalmente, si en este ámbito se nos catalogó de bandidos, si en este ámbito se dijo que sobrefacturábamos y actuábamos en la ilegalidad, este es el ámbito correspondiente para hacer la defensa que nos compete.

Insisto: lamento que en el momento que a nosotros se nos catalogó de bandidos el diputado no haya hecho la aclaración pertinente; quizá no estaba presente; no lo sé.

Por otra parte, la nota que acaba de leer la señora presidenta pertenece a la gerencia de ITHG. Es decir, la vinculación de la empresa con la dirección de ASSE, por lo menos, llama la atención. Por eso es que la nombramos en esta Comisión.

Les agradecemos que nos hayan recibido.

SEÑORA PRESIDENTA.- Nosotros les agradecemos a ustedes por haber venido y por la documentación que nos hagan llegar.

Les hago la observación de que el señor diputado Corbo no formaba parte de la Comisión en ese momento; está haciendo un intercambio con el diputado de Mattos que sí la integra por parte del Partido Nacional.

Recibimos a las delegaciones, dándoles voz, y después hacemos un análisis político.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quiero dejar planteado si es posible, obviamente, que nos envíen por escrito el recurso que presentaron; quiero saber en qué etapa está.

Creí entender que la Cámara también había presentado algún tipo de acción o acto administrativo ante la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia del Ministerio de Economía y Finanzas. Si eso es así también me gustaría contar con la información, en la medida en que se pueda; lo mismo que con la de la cantidad de puestos de trabajo y relaciones laborales que dependen de la Cámara.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Toda esa información la hacen llegar a la Secretaría para ser evaluada, y será distribuida a los cinco integrantes de esta Comisión y a los delegados de sector.

Muchas gracias.

(Se retira de sala la delegación de la Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia, Cuasa)

(Ingresa a sala una delegación de la Cámara de Emergencias Médicas Móviles)

——Pido disculpas por la demora en recibirlos.

Estamos presentes la diputada Nibia Reisch por el Partido Colorado; y la diputada Lucía Etcheverry y yo -ocupando la Presidencia- por el Frente Amplio.

Los queremos escuchar después de la convocatoria al Directorio de ASSE que se hizo por parte de la bancada del Frente Amplio, y con anuencia del resto de la Comisión, por la contratación de la empresa ITHG. Como escuchamos a la Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia era fundamental que ustedes nos dieran su visión del proceso, en qué estado están ahora. Esta Comisión ofrece este ámbito, con el respaldo de la versión taquigráfica.

SEÑOR VÁZQUEZ (Guillermo).- Muchas gracias por habernos invitado.

Voy a hacer un breve raconto sinóptico de lo que es la Cámara de Emergencias y de Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay, porque seguramente no todos tienen la misma información.

Somos 44 empresas distribuidas en todo el territorio nacional. Tenemos 800.000 afiliados y realizamos 1.500.000 asistencias a domicilio y otro tanto en asesorías telefónicas, policlínicas y demás servicios. Solo se traslada a puertas de emergencia de los prestadores integrales para continuar la asistencia al 8 % de los pacientes asistidos, constituyendo un fabuloso muro de contención que protege a los prestadores integrales de su saturación.

El financiamiento es de bolsillo de los afiliados. Existen también convenios con prestadores integrales y organismos públicos y privados, pero la mayor parte del financiamiento es de las cuotas individuales de los afiliados.

Destacamos que es un servicio que se brinda a toda la población, sin distingos de barrios. Esto nos trae algunas consecuencias de seguridad y tenemos que pedir apoyo al 911, lo que a veces retrasa la asistencia y entorpece la operativa.

Si bien tenemos libertad para fijar precios, nos desarrollamos en un ambiente altamente competitivo en el que hay prestadores de emergencia médica móvil pertenecientes a prestadores integrales que tienen otras posibilidades de financiamiento diferentes a la nuestra. Por lo tanto, la libertad de fijar precios es muy restringida; hay mucha elasticidad. Cada vez que un nuevo prestador llega para brindar su servicio se nota una caída de nuestros padrones, y esto genera dificultades financieras en Montevideo pero, sobre todo, en el interior, donde la prestación del prepago -que es el

mayor ingreso en Montevideo- no es tal, porque el 50 % de los ingresos de las emergencias móviles del interior está vinculado a los traslados; de ahí que fuera tan importante el tema de los traslados en el interior para nuestra Cámara.

Las emergencias móviles realizan aportes patronales, pagan impuesto al patrimonio y, si tienen ganancia, IRAE, a diferencia de lo que ocurre con los prestadores integrales financiados por el Fonasa.

El 28 % de los ingresos brutos que reciben las emergencias móviles se van al Estado, como DGI, BPS, Banco de Seguros del Estado, o algún otro tipo de obligaciones, como la Caja de Profesionales.

Realiza una cobertura en todo el territorio nacional en caso de accidentes en vía pública con el servicio comúnmente conocido como 911. Este servicio se brinda a un costo equivalente de 5,5 ambulantes, costo puro sin ningún tipo de ganancia, cuando para brindar ese servicio -si fuera un servicio exclusivo para ello- habría que contratar 50 móviles. Es un ejemplo muy significativo de sinergia que agrega valor, porque genera un ahorro importante para el Erario Público, contribuyendo además, por uno de los postulados del Sistema Nacional Integrado de Salud, que es a la coordinación de servicios.

En lo laboral, la Cámara está inscripta en el Grupo 15 de salud; no tenemos un subgrupo, lo que nos genera dificultades, porque tenemos que ir acompañando las resoluciones que se toman en el grupo con respecto a los prestadores integrales que son financiados por el Fonasa. Nada tiene que ver nuestra realidad económica y nuestros ingresos con la fórmula de cálculo de las negociaciones que se llevan a cabo en el grupo.

El 72 % de los egresos de las emergencias móviles están vinculados a recursos humanos.

Si bien no hay ninguna regulación que indique cuántas emergencias móviles tiene que haber en el territorio nacional, creemos que ya son suficientes. Por eso desde el año 2000 es excepcional que se otorguen nuevos permisos de emergencia médico móvil para no distorsionar el mercado. Tengan presente que las empresas tienen treinta años de promedio de antigüedad y a los veinticinco años de servicio en el sector salud los trabajadores cobran un 40 % de antigüedad sobre el laudo. El costo operativo de una empresa nueva con respecto a una vieja es significativamente distinto. Por lo tanto, el advenimiento de estructuras nuevas, menos onerosas, que significa necesariamente una pérdida de carteras de los prestadores más antiguos, y por ende una reducción de su estructura, generando una destrucción de la calidad del salario, y menor contribución al Erario Público, a través de los impuestos, lógicamente. Visto del punto de vista sistémico se trata un ejemplo muy claro la distribución de valor.

Hemos ido adaptando nuestra realidad al Sistema Nacional Integrado de Salud, que tiene por esencia la complementación. La ley y varios artículos destacan las siguientes ideas fuerza: eficacia, eficiencia, en términos económicos y sociales, sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud, aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales y financieros y de la capacidad instalada sanitaria y a instalarse.

Quiero hacer un énfasis en el artículo 45, que establece que, para el cumplimiento de los programas integrales, las instituciones lo podrán hacer con recursos propios o con otros prestadores integrales o parciales que deben estar habilitado por el Ministerio de Salud Pública.

Hubo tres llamados a licitación pública bien concretos. Uno tenía que ver con traslados simples no medicalizados. Nosotros vimos con cierto asombro las características de la solicitud, pero no intervenimos porque no nos sentimos tocados por esa actividad. Otro estaba vinculado con una licitación por cincuenta autos con chofer y desfibrilador, que es un servicio que nosotros tampoco brindamos. Por último, cuando llega la solicitud de veinticuatro ambulancias para traslados medicalizados, creímos que teníamos algo para decir, más tomando en cuenta que en el año 2019 estaba ya prácticamente terminado y acordado el Sistema Nacional de Traslados sobre el cual se había trabajado intensamente a través de comisiones específicas con ASSE para que, justamente, se aprovecharan los recursos instalados en todo el territorio nacional a fin de desarrollar esa tarea.

Nos llamaron la atención algunas cosas del Pliego N° 3 de 2023. Consideramos que hay un sesgo que de alguna manera debilita la licitación.

El primer elemento que reluce más es que no se especifica que la empresa que realice ese servicio tenga que estar habilitada por el Ministerio de Salud Pública, ya sea para traslados especializados o para emergencias móviles. También nos llama la atención que se establezca específicamente que el servicio brindado por la empresa solo debe tener un año de antigüedad, experiencia muy exigua para un servicio de este tenor.

Otra cosa que nos llamó mucho la atención es que la empresa tenía que tener a veinte funcionarios sesenta días, previo a la licitación, en planilla. Yo me pregunto quién tiene a veinte personas en planilla esperando que se le adjudique una licitación. La verdad no lo podemos entender.

Asimismo, plantea la obligatoriedad de que el personal haya hecho cursos que deben realizarse en organismos específicos: Unasev, ETUM o ASSE, lo cual claramente está dirigido, porque nuestras empresas, que tienen muchos años de actividad, cuentan con sectores específicos de formación. Buena parte de ellos -por lo menos los de SUAT y SEMM- están avalados por la Escuela de Posgrado de la Facultad de Medicina. Las empresas presentes aquí estamos certificadas en calidad.

No se pidió -curiosamente- habilitación ni certificación de la gestión de calidad; sí un año de antigüedad y veinte funcionarios sesenta días en planilla. Sinceramente, no creo que nadie compre cuarenta y cuatro ambulancias o cincuenta autos, tenga a cuarenta personas en planilla y les pague para ver si gana una licitación. Es raro.

Se plantea que para dar un servicio de emergencia móvil se debe tener una sala de capacitación para cincuenta personas. Curiosamente, cuando salió esto a la luz, en una publicación de un periódico se dijo que el doctor Henderson se había maravillado porque en el lugar donde estaba dispuesta esta empresa -Solidar- había un anfiteatro para cincuenta personas.

A nuestro juicio, hay un sesgo. Por tanto, presentamos un recurso de revocación, jerárquico y de anulación ante la Administración. Aún no tenemos noticias. La licitación no se suspendió, sino que se difirió manteniéndose las mismas condiciones.

Tuvimos una reunión en ASSE con todas las autoridades, quienes nos manifestaron que no tenían ningún interés en perjudicar a las empresas de la Cámara, y menos a las del interior.

Se generó una comisión, que tuvo una reunión el 3 de marzo, en la que ASSE planteó principios generales sobre cómo se iba a llevar adelante la prestación, pero no hemos tenido más novedades y la licitación no se cambió.

Uno tendría que analizar sistemáticamente el tema. ASSE va a contratar un servicio de traslado convencional y un servicio de traslado de autos con chofer y DEA. Imagino que esos autos con chofer y DEA no van a ser para traslado, sino para asistencia y acompañamiento médico. Además, solicita aproximadamente veinticuatro ambulancias para el servicio de traslado, con lo cual ASSE está instalando un servicio de emergencia médico móvil que, según dijeron, va a ser para el territorio metropolitano, es decir, para Montevideo y sus zonas adyacentes.

Por lo tanto, va a haber otro jugador más. Tengamos en cuenta que ya hay seis empresas de emergencia médico- móvil en esa área geográfica. Ya hablamos de que tenemos saturación y complicaciones, derivadas del número excesivo de Emergencias Móviles en la zona. Nosotros apostamos al eje del Sistema Integral Nacional de Salud, a la complementación, a agregar valor a través de las sinergias. Ahora nos tropezamos con esta situación en la cual van a haber quinientos mil socios de facto, atendidos por un solo prestador privado, lo cual también podría analizarse a la luz del artículo 46 de la Ley N° 18.211, Sistema Integrado Nacional de Salud, que establece que una vez que se reglamente la obligatoriedad del Clave 1 deberá contemplar la libre elección del usuario, debiendo realizarse el servicio por las empresas habilitadas que acepten las condiciones pautadas.

Si bien no estamos en esa situación porque no se reglamentó la ley y, por ende, no hay obligación de los prestadores integrales de dar el servicio de emergencia móvil Clave 1, hay un espíritu general de toda la ley -que genero alto consenso político- de ir hacia un sistema de complementación y de sinergia entre los prestadores y no hacia el aniquilamiento de algunos prestadores para que aparezcan otros.

No nos parece que sea para nada constructivo por todas las cosas que dijimos antes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si bien todo lo expresado queda registrado en la versión taquigráfica, nos pueden hacer llegar toda la documentación que entiendan pertinente para que los legisladores tengamos mayor información.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Primero que nada agradezco la comparecencia y la información.

Voy a hacer preguntas bien específicas.

Me imagino que habrán podido leer la versión taquigráfica de la comparecencia de las autoridades sobre este tema en particular. Yo entiendo que siguen siendo irregularidades sin contestar y están plasmadas ahí.

Particularmente, antes de entrar en el pliego y en la situación de la contratación, quisiera consultarles sobre el motivo de la comparecencia, en virtud de que yo sigo manteniendo que es una irregularidad. Se plantea que en el pico de la pandemia -mayo de 2021- ASSE debió -y, particularmente, SAME- recurrir a las emergencias para solicitar la asistencia y que encontró una negativa unánime.

Voy a leer la versión taquigráfica de esa comparecencia porque el doctor Vázquez es mencionado.

El gerente general de SAME, el doctor Rodríguez, en esta comparecencia a la que concurrió conjuntamente con el presidente de ASSE, doctor Cipriani, y el vicepresidente, doctor Sosa, dice que se enviaron correos electrónicos a los proveedores del medio, a distintas emergencias móviles, particularmente al SEMM y al SUAT.

El doctor Rodríguez dice que hablaron con su director técnico por teléfono quien les dijo: "No te puedo dar ambulancias para que las plotees como ASSE, pero te tomo los llamados que quieras como siempre". El doctor Rodríguez -y cito literalmente- le dijo: "Bárbaro, yo llamo a tus equipos y me dicen que no pueden, que no tienen". La respuesta que recibe es la siguiente: "Bueno, depende de la disponibilidad, como siempre". A esto le responde: "Muchas gracias, doctor Vázquez. Chau".

Esta la situación que se narra. Me gustaría saber si esta eventual situación de plotear ambulancias se ha hecho con anterioridad y si fue parte del planteo, porque la cámara de servicios no especializados de traslado común manifestó que en el momento de la pandemia tuvo una disminución de la cantidad de traslados, producto del cierre de algunas policlínicas y de los cuidados, a fin de restringir la movilidad para algunas patologías. Estimo que los especializados son, justamente, los que deben haber tenido una situación inversa por las características respiratorias del covid.

Lo cierto es que está planteado que no se aceptó o no se tenía condiciones para asistir a ASSE en ese momento. Eso por un lado.

Por otro lado -en virtud de lo que señalaba con respecto a los pliegos- hay una solicitud de aclaración al Directorio de ASSE por los antecedentes. Se solicitan tres antecedentes. Además, si no se está en el rubro, se exige solvencia, responsabilidad y habitualidad, tal cual lo establece un artículo del Tocaf.

Como decía, se solicitan tres antecedentes, pero no se especifica que sea dentro del rubro. Puede ser -se lo dijimos en esa oportunidad- en el traslado de zapatos o de otras cuestiones. Esa especificación no está. No sé si eso es parte de las observaciones o si la Cámara entiende que no se prestaría a una eventual confusión o controversia.

Por otro lado, en cuanto a la situación de la licitación, se supone que había un recurso de revocación que se estaba analizando. No sé en qué estado está.

Por último, abusando de vuestra experiencia y antecedentes, ¿cuál es el tiempo en que una empresa, con la trayectoria que tienen las que están en la Cámara, puede adquirir una ambulancia? ¿En qué tiempo se equipa y se la puede proveer de todo? Estoy hablando de ambulancias especializadas. ¿Cuánto tiempo le implica de trámites para ponerla operativa? Incluso todo lo que hace al empadronamiento de la intendencia, pero también a la eventual habilitación del propio Ministerio y la declaración, más allá de que la empresa esté habilitada. Pregunto esto para tener una idea de cuánto tiempo le lleva a una empresa, que tiene treinta o cuarenta años en el medio, incorporar una unidad de estas características.

SEÑOR VÁZQUEZ (Guillermo).- Yo no sé cómo hace una empresa que no tiene habilitación ni experiencia en el ramo; yo le puedo decir cómo hacemos nosotros. Llamamos al proveedor; el proveedor nos dice si tiene o no disponibilidad o para cuándo va a tener disponibilidad. Luego llamamos a la empresa que se encarga de encarrozar, porque se compra una camioneta cruda y hay que carrozarla, lo que también lleva su tiempo. En estos momentos, con los efectos pospandemia, la demora es de meses. Uno pide una ambulancia y le lleva de cuatro a seis meses tenerla pronta.

SEÑOR PÉREZ (Sergio).- En este momento, la mayoría compramos marcas reconocidas. Como no hay *stock* hay que hacer el pedido cinco meses antes.

SEÑOR VÁZQUEZ (Guillermo).-. O sea que para tener una ambulancia bien equipada hay que pensar con seis o siete meses de antelación. Obviamente, estamos hablando de una inversión altísima, porque una ambulancia equipada no cuesta menos de US$ 90.000. Alguien tiene que tomar un riesgo; alguien tiene que tener cuarenta

ambulancias -lo que implica una inversión de US$ 4.000.000-, más los autos, más las personas en planilla y esperar a que se le adjudique una licitación. Por lo menos para mí es llamativo.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- No se respondió la primera pregunta relativa a haber sido convocados en mayo de 2021, en el momento más complejo de la pandemia, en esa segunda ola, y a que recibieron una negativa unánime, primero por el planteo de plotear las ambulancias y, después, por la disponibilidad de los recursos.

SEÑOR VÁZQUEZ (Guillermo).- Nosotros recibimos un correo solicitándonos cinco ambulancias para traslados especializados y cinco ambulancias para traslados simples. Pedimos la aclaración si las ambulancias eran con su tripulación correspondiente. Nos dijeron que sí, que era con la tripulación correspondiente para uso exclusivo de ASSE. Nosotros nos negamos conceptualmente a hacer ese tipo de servicio porque destruye la lógica que tiene nuestra organización. Nosotros no somos una empresa proveedora de insumos; somos un servicio de emergencia médico móvil, y como tal lo presentamos. Consideramos que la manera más eficiente para el que contrata es que nosotros le pongamos un refuerzo a nuestro sistema y con las sinergias que hace lo que ya tenemos implementado se aplique al servicio. Fue lo que hicimos con el 911 en Montevideo. Siempre se nos criticaba porque había tres empresas que iban al mismo accidente y que era un desperdicio. En un buen momento hicimos una coordinación entre las tres y acordamos estar disponible diez días cada una mientras las otras hacían el *back up*. Entonces, en vez de tener seis ambulancias exclusivas para eso se ponen dos o tres y se soluciona el problema sin ningún inconveniente. Vale decir que esta es la manera en que debe actuarse en cualquier tipo de gestión. Hay que buscar la economía y la racionalidad en el gasto. O sea que la respuesta ante esa solicitud va a ser siempre No.

Lo que quiero aclarar -lo dije también públicamente- es que tanto en la versión taquigráfica como en la publicación de la prensa siempre se nos pone a nosotros como si fuéramos una contracara de algo; nosotros no somos la contracara de nadie. Nosotros siempre estamos a favor de una solución para la población, porque eso es lo que hacemos. No nos queremos poner enfrente de la vereda de nadie. Se dijo que nosotros hacíamos las cosas cuando queríamos y eso no es así. Cuando nosotros ganamos una licitación y nos comprometemos a dar un servicio lo cumplimos a cabalidad, acorde a lo que la licitación dice; distinto es que yo no tenga un compromiso contractual y me llamen, porque en ese caso yo tengo que ajustar mi margen. Si en ese momento tengo margen lo utilizo; si no, no. Obviamente, tiene que haber un compromiso para que yo modifique mi posicionamiento asistencial y poder brindar el servicio.

Quiero aclarar también -se dijeron muchas cosas y Cristina lo sabe muy bien- que nosotros tuvimos como consorcio tres obligaciones: los traslados al Pereira Rossell, los traslados al Pasteur y los traslados al Hospital Español. Estos dos últimos eran por destajo, es decir, se nos pagaba por cada llamado. Se cumplían los plazos a cabalidad sin ningún inconveniente; nunca hubo una observación.

En el caso de los traslados al Pereira Rossell -lo quiero decir porque son muy sensibles- se hizo un acuerdo con ASSE por un precio fijo. Reitero: fijo. Quiere decir que si hacíamos un traslado o mil nos pagaban lo mismo. Tuvimos que escuchar una y otra vez -por eso lo quiero aclarar- que nosotros cobrábamos por ir al Pereira Rossell a llevar al paciente de un *block* quirúrgico a un CTI. Eso es verdad; alguna vez lo hicimos, pero ganamos lo mismo haciéndolo que no haciéndolo. Nosotros teníamos que llevar nuestro equipo, que es lo que más nos cuesta. Teníamos que ir con la ambulancia al Pereira Rossell, hacer el servicio e irnos; eso llevaba su tiempo. A lo que voy es que no nos

pagaban más que eso; nos pagaban lo mismo por un traslado o por cuatrocientos. El último año que brindamos ese servicio hicimos doscientos setenta servicios por mes; el costo de cada uno fue de $ 13.200, que es menor al promedio del costo de este nuevo servicio que contrató ASSE, con la diferencia de que tenía todo el sistema a su disposición. Hacíamos más traslados por día de lo que puede hacer un solo móvil. Por eso nos negamos; nos parece que tener servicios exclusivos en Uruguay, sobre todo en Montevideo, que está tan medicalizado y con un sistema de emergencia móvil que es el más desarrollado de todo el mundo, implica un costo de desperdicio, de no calidad. No entendemos la necesidad de agregar otro sistema más de emergencia móvil.

SEÑORA PRESIDENTA.- Toda la información que nos dejen será distribuida a través de la Secretaría.

En la convocatoria al Directorio de ASSE, después de todo el proceso que había hecho la diputada Etcheverry y nosotros como bancada, preguntamos sobre las condiciones de los llamados traslados medicalizados planteadas en el anexo. Nos llamaba la atención el párrafo que decía claramente que los vehículos tenían que estar en perfecto estado de circulación y cumplir con los requisitos establecidos por la normativa vigente para los móviles de traslados sanitarios. Le preguntamos al Directorio de ASSE si ese requisito incluía la habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública -que era lo más llamativo-, por qué no se incluía de forma explícita y por qué no se le exigía la documentación que acreditaba la habilitación. Nos parecía esencial en un pliego que se acreditara, entre la documentación a presentar, la habilitación. También preguntamos, sobre el llamado de esos cincuenta autos con chofer y DEA y que función iban a cumplir. Estas fueron las preguntas que formulamos, entre otras, que están en la versión taquigráfica.

SEÑOR VÁZQUEZ (Guillermo).- Esto no es nada personal; tenemos buena relación humana con la actual dirección de ASSE. Hacemos un reconocimiento a la gente que trabaja en el sector público, que muchas veces se sacrifica. No es nada personal; simplemente es la objetivación de un hecho de una cosa que, a nuestro juicio, está equivocada desde el punto de vista de la estrategia utilizada. Es un error estratégico que le puede costar al país. Yo me pregunto si dentro de dos años cambia el gobierno y decide no contratar más a estas setecientas personas ¿quién se va a hacer cargo de ellas? ¿El Estado? Es un tema de visión estratégica.

SEÑORA PRESIDENTE.- Otra de las preguntas que hicimos fue por las características de la contratación ITHG, si se trata de una tercerización de servicios y si ASSE tiene control sobre los recibos de sueldo y de los aportes al BPS de esta empresa. Deberían tener certeza de que la empresa cumple con las obligaciones y de que ASSE no esté expuesta a los reclamos de los trabajadores de esas empresas acorde a la ley de tercerización.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Como le dijimos con la diputada Lustemberg a la Cámara Uruguaya de Ambulancias sin Asistencia el interés nuestro es que se realicen todos los traslados que sean necesarios en todo el país en las mejores condiciones. En virtud de eso las reglas de juego tienen que ser claras para todos los actores que intervienen en los traslados comunes o especializados. Eso implica respetar la igualdad de los oferentes y, además, tener celo en el manejo de los recursos públicos. Si hay efectivamente cuestiones a mejorar o, eventualmente, faltan, están los mecanismos en los pliegos y en los contratos para establecer las acciones correspondiente; son parte de las reglas de juego. No estamos hablando de los montos: los que sean necesarios en el marco de las reglas de juego absolutamente claras y en condiciones de igualdad para todos.

Lo cierto es que estamos en este proceso, analizando y haciendo el seguimiento de los recursos -la otra Cámara también los ha presentado-, sobre todo porque nos hemos encontrado con declaraciones de prensa del doctor Cipriani que plantea -lo hizo el día que terminó la comparecencia- que estaban modificando los pliegos, incluso a sugerencia de la otra empresa, para ser más equitativos. En ese sentido, hay que ordenar.

Van a recibir la versión taquigráfica, como es de estilo, y veremos cómo deviene el seguimiento de los recursos y del control, porque ha sido público que ha habido una disminución. No se hacen traslados nocturnos además de cuestiones que han surgido en las últimas semanas.

SEÑOR PÉREZ (Sergio).- En el tema de las compras de ASSE no sé si se ha dado participación al Tribunal de Cuentas, porque si bien el planteo es básicamente en Montevideo, en el interior también se observa. Yo tengo treinta y siete años en la salud y siempre tuvimos licitaciones en el interior. Yo me pregunto ¿las compras de ASSE, como las que está haciendo actualmente en Montevideo y en el interior, están observadas? ¿Qué opina el Tribunal de Cuentas de esto?

SEÑORA PRESIDENTA.- Les agradecemos la presencia.

Como decía la diputada Etcheverry, cuando esté la versión taquigráfica se las vamos a hacer llegar. Por más que es de disponibilidad abierta a la ciudadanía, se la hacemos llegar a cada una de las delegaciones que concurre a este ámbito para tener la mejor transparencia y contar con herramientas para tomar las decisiones que se entienda conveniente.

(Se retira de sala la Cámara de Emergencias Médicas Móviles)

—Dejo constancia de que el último punto del orden del día queda para ser considerado en la próxima reunión.

Se levanta la reunión.

